

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

389

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ALFRED I. SILBERMANN

Né le 19 Décembre 1908, à Craiova (Roumanie).

PRINCIPALES VOIES D'ABORD

DES

SUPPURATIONS PELVIENNES
CHEZ LA FEMME

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur. .

LIBRAIRIE MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153316_0149

PRINCIPALES VOIES D'ABORD
DES
SUPPURATIONS PELVIENNES
CHEZ LA FEMME

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ALFRED I. SILBERMANN

Né le 19 Décembre 1908, à Craiova (Roumanie).

PRINCIPALES VOIES D'ABORD

DES

SUPPURATIONS PELVIENNES

CHEZ LA FEMME

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur.

LIBRAIRIE MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

===== PARIS, 1936 =====

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	L. BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Laignel-Lavastine.
Pathologie expérimentale et comparée.	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	P. DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
BÉNARD (Henri) .	Pathologie médicale	LEVEUF	Pathologie chirurgi- cale.
BERNARD (Ét.) .	Pathologie médicale.	M ^{lle} J. LÉVY . . .	Pharmacologie.
BESANÇON	Hydrologie.	LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychia- trie.
BOULIN	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	MOULONGUET . .	Pathologie chirurgi- cale.
CATHALA	Pathologie médicale	MOUQUIN	Pathologie médicale.
CHEVALLIER . . .	Pathologie médicale	OBERLING	Anatomie patholo- gique.
DOGNON	Physique.	PETIT-DUTAILLIS .	Pathologie chirurgi- cale.
FEY	Urologie.	PIÉDELIÈVRE . .	Médecine légale.
GALLIARD	Parasitologie.	PORTES	Obstétrique.
GASTINEL	Bactériologie.	RICHET	Physiologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.	SANNIÉ	Chimie biologique.
GAYET	Physiologie.	SENÈQUE	Pathologie chirurgi- cale.
GIROUD	Histologie.	TROISIÈRE	Pathologie expéri- mentale.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngol.	VIGNES	Obstétrique.
HAZARD	Pharmacologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgi- cale.
HUGUENIN	Anatomie patholog.		
JOANNON	Hygiène.		
LABBÉ (Henri) . .	Chimie biologique.		
LACOMME	Obstétrique.		
LANTUÉJOUL . . .	Obstétrique.		
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.		
LEMAIRE	Pathologie expéri- mentale.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens.

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.	LEROUX	Anatomie patholo- gique.
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI. . . .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROcq.	
AUBERTIN. . .		CADENAT . . .	
BRULÉ.		GATELLIER . .	
CHABROL . . .		HEITZ-BOYER .	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT. . .		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ . .	
LIAN.		VELTER. . . .	
VALLERY-RADOT .			
(Pasteur)			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUENIOT . . .	
LE LORIER . .	
LÉVY-SOLAL .	
METZGER . . .	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé . .	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A qui je dois tout.

Qui m'ont encouragé et soutenu mes efforts et s'imposèrent pour moi tant de sacrifices.

A MA SŒUR

RENÉE

Éternelle reconnaissance.

A MES SŒURS

ÉLISABET

MARGUERITE

A MON FRÈRE

ZOLTAN

Témoignage de vive affection.

A MES BEAUX-FRÈRES

AUX MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur R. GRÉGOIRE

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine.

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire
le grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

Hommage très respectueux.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur J.-L. ROUX-BERGER

Chirurgien de l'Hôpital Tenon,

Chirurgien de l'Institut Curie.

*A qui je dois avec beaucoup
d'autres choses l'idée de ce tra-
vail et dont la haute conception
du devoir professionnel restera
pour moi un modèle.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur DE GAUDART D'ALLAINES

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Tenon.

*En témoignage de ma pro-
fonde gratitude pour son ensei-
gnement qu'il m'a toujours
prodigué.*

A Monsieur le Docteur PIERRE JOURDAN

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Qui avec une parfaite bienveillance n'a cessé de nous guider de ses conseils au cours de ce travail.

Qu'il nous permette ici de lui affirmer notre grande admiration et profonde reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX :

Monsieur le Professeur CUNÉO

Monsieur le Professeur CARNOT

Monsieur le Professeur LOEPER

Monsieur le Professeur agrégé MOREAU

Monsieur le Professeur agrégé LIAN

Monsieur le Professeur agrégé CHIFOLIAU

Monsieur le Docteur V. CATHALA

A Monsieur le Docteur B. JEHIEL

A Monsieur le Docteur E. STRASS

A Monsieur le Docteur A. ZWILLISGER

PRINCIPALES VOIES D'ABORD

DES

SUPPURATIONS PELVIENNES

CHEZ LA FEMME

On entend sous la dénomination de suppurations pelviennes chez la femme des collections, qui ont pour point de départ le petit bassin, pouvant fuser plus ou moins à distance, soit dans la cavité péritonéale, soit sous le péritoine. Au point de vue anatomique, on groupe dans cette catégorie des faits différents, mais qui présentent au point de vue clinique et opératoire ces caractères communs d'être isolés de la grande cavité péritonéale et de ne pas pouvoir être traités, dans l'immense majorité des cas, par l'extirpation.

On pourra diviser les suppurations pelviennes en deux grands groupes :

1° Des suppurations qui se développent dans la cavité péritonéale du petit bassin, et, dans cette catégorie on placera :

A) Les pelvi-péritonites suppurées enkystées du petit bassin;

B) Les hématoécèles suppurées;

C) Certaines salpingites et salpingo-ovarites suppurées, adhérentes et souvent non reconnues;

D) Les kystes suppurés, surtout les kystes dermoïdes dont le diagnostic n'est pas toujours aisé.

2° Des suppurations qui ont leur point de départ en dehors de la cavité péritonéale :

A) Phlegmon de la gaine hypogastrique ;

B) Les paramétrites suppurées ;

C) La thrombophlébite utérine suppurée.

Le diagnostic exact de ces différentes affections n'est pas toujours facile. Il est parfois même impossible par la simple clinique. Mais l'essentiel est d'affirmer :

1° La présence d'une collection purulente ;

2° La situation topographique de cette poche suppurée.

Dans la majorité des cas, c'est assez pour poser des indications opératoires.

Il n'y a pas besoin de discuter longuement si les abcès pelviens doivent être incisés ou non, car le principe chirurgical d'évacuer le pus où on le trouve a ici la même valeur que partout ailleurs, restriction faite de certaines salpingites, ce que nous allons montrer plus loin.

Mais ce qui est important et ce qu'il faut déterminer, c'est : quand et par où évacuer ? Et c'est parfois un problème assez délicat à résoudre.

Comme dans toute suppuration banale, il est *a priori* logique de penser que la simple ouverture d'une collection pelvienne doit suffire à amener la guérison. C'est vrai jusqu'à un certain point, pourvu qu'on connaisse parfaitement bien les indications et les contre-indications de ces interventions d'une efficacité réelle, souvent

suffisantes, ne laissant dans un grand nombre de cas aucune trace visible.

Le fait qu'on évacue le pus où on le trouve est bien loin de perdre ses droits lorsqu'il s'agit d'une suppuration pelvienne. Au contraire, elle est souvent beaucoup plus impérieuse ici qu'ailleurs, en raison du gros danger que l'ouverture spontanée de ces collections fait courir à la cavité péritonéale.

Ce danger n'est pas illusoire. Différentes statistiques en témoignent, si on se donne la peine de les regarder. A cette raison de traiter les suppurations pelviennes, il faut ajouter que l'ouverture spontanée de certains abcès ne vaut jamais une bonne ouverture chirurgicale, car :

1° Elle est trop tardive;

2° Elle se fait le plus souvent en mauvais lieu. Même en bonne place, elle draine mal, car l'ouverture est insuffisante, ne mettant à l'abri des accidents de rétention.

Avant d'en arriver au chapitre « Par où faut-il évacuer les collections » il faudrait rapidement préciser *Quand faut-il ouvrir ces abcès?*

Il y avait deux opinions : certains gynécologues qui n'intervenaient que tardivement sur une grande collection.

Certains autres, au contraire, préconisaient une incision précoce. Pour les premiers, les arguments sont les suivants :

1° On a vu des phlegmons se résorber malgré un début très brutal et déjà un envahissement assez étendu;

2° La guérison est plus rapide si l'incision est faite plus tardivement ;

3° Une incision hâtive expose, pour aller ouvrir de très petites poches ne contenant qu'une quantité minime de pus, à faire des dégâts considérables.

Pour les gynécologues, qui préconisaient une incision précoce, tous ces arguments ne paraissaient pas décisifs car :

1° La résorption de ces abcès n'est pas démontrée. Il y a des faits où on a vu d'énormes phlegmons, qui avaient menacé de s'ouvrir, disparaître. Mais rien ne prouve qu'ils se soient résorbés, car des ouvertures spontanées passées inaperçues ont pu se produire.

2° Que la guérison soit plus rapide lorsque l'incision est faite plus tardivement n'est pas non plus exact. Il y a des abcès incisés tardivement qui guérissent avec une rapidité vraiment merveilleuse, mais cette rapidité est due le plus souvent, à ce qu'on considère la durée à partir du moment où l'incision, et non, comme il le faudrait, à partir du début de la maladie. Or, si on procède ainsi on ne trouvera sûrement pas une évolution plus rapide pour les abcès incisés tardivement.

3° Enfin le troisième point, qui considère que les grands dégâts faits pour ouvrir de petits abcès sont trop considérables, ne constitue pas non plus un argument décisif. L'argument tiré de la quantité de pus n'a aucune valeur. Il n'est pas besoin d'une grande quantité de pus pour entraîner de très graves accidents.

L'importance des dégâts et la difficulté d'atteindre ces petits abcès, ne peuvent pas être prise en considération comme une contre-indication. Elles fournissent seulement des indications opératoires spéciales.

Les inconvénients de l'incision tardive sont au contraire les suivants :

1° Pour les abcès, qui s'enkystent et qui restent sans modification, l'attente n'a pas de très graves inconvénients. Elle est même nécessaire. Mais ces cas sont plutôt rares, et il faut dire que le plus souvent les suppurations ont une tendance à l'extension et un envahissement rapide.

Si on n'intervient pas de bonne heure, on risque de laisser se former des abcès énormes, qui s'étendent du petit bassin vers la grande cavité péritonéale, en cas d'abcès intra-péritonéal, ou vers la fosse iliaque, les fosses lombaires, la paroi abdominale : en cas de phlegmons sous-péritonéaux. En temporisant on risque de laisser la poche s'épaissir, se durcir, ce qui n'est pas sans inconvénient, car la poche ne se laissera plus déprimer, ne reviendra plus sur elle-même, la cicatrisation sera longue et il y aura la possibilité de formation de fistules. Enfin, la crainte logique d'une ouverture de la collection dans un endroit dangereux ou mal placé est encore un argument contre l'incision tardive.

En résumé, l'espoir mal fondé d'une résorption plus ou moins problématique, ou d'une guérison plus rapide, ne doit jamais éloigner le chirurgien d'une intervention précoce. Au contraire, la crainte d'une ouverture spon-

tanée dans le péritoine, la crainte des accidents septiques devra le décider à agir le plus tôt possible. Il faut donc ouvrir le plus rapidement possible, dès qu'on a la certitude de l'existence d'une collection aiguë et en pleine évolution. Cette chose pourtant n'est pas toujours très aisée et c'est alors que certains chirurgiens font la ponction exploratrice, petite intervention d'une réelle valeur dans le cas où la collection est séparée, soit primitivement, soit secondairement de la cavité péritonéale, mais qui devient redoutable quand on la fait à travers une cavité saine, qu'on risque d'infecter.

A l'heure actuelle, le siège et la nature de ces différentes collections du petit bassin étant bien connus, surtout depuis les résultats obtenus par une thérapeutique médicale, en premier lieu la vaccino-thérapie; il faut dire que les chirurgiens modernes choisissent un moyen terme, c'est-à-dire qu'ils n'interviennent ni trop tardivement, ni trop hâtivement.

Les raisons données par les gynécologues qui préconisaient une incision précoce sont exactes. Les inconvénients et surtout les dangers d'une ouverture tardive sont vrais; mais comme la vaccinothérapie a sensiblement modifié l'évolution de ces suppurations, il était logique de penser que la hâte n'était pas non plus recommandable et à présent l'incision précoce n'est admise que dans les cas où l'état général s'aggrave rapidement et où l'on croit la rupture imminente de la poche suppurée, soit dans un viscère, soit dans la cavité péritonéale.

Dans tous les autres cas, il faut essayer la thérapie-

tique médicale, glace et vaccination qui donnent souvent des résultats merveilleux. C'est seulement après avoir vu que, malgré cette thérapeutique, la suppuration a tendance à évoluer et à s'aggraver, que l'intervention sanglante devient indispensable.

PAR OU FAUT-IL INCISER LA COLLECTION ?

Au point de vue opératoire, il faut diviser les collections pelviennes en deux grands groupes :

1° Des collections directement abordables qui peuvent être ouvertes par une simple incision ;

2° Des collections qui ne sont pas directement abordables et ne peuvent être atteintes qu'après une opération préalable.

Au point de vue anatomique, les abcès du petit bassin peuvent eux aussi être divisés en deux :

A) Les collections formées dans la cavité péritonéale ;

B) Les collections qui ont leur siège au dehors du péritoine.

Entre ces deux il peut y avoir des aspects associés.

Pour mieux comprendre le siège de ces collections, leurs diffusions et enfin leurs voies d'abord, il est nécessaire de donner quelques aperçus anatomiques, mais surtout topographiques du petit bassin.

Vue de haut par sa face péritonéale l'excavation pelvienne de la femme nous apparaît comme une vaste cavité, où nous apercevons immédiatement au centre

l'utérus et ses annexes. Le tout recouvert de péritoine, qui divise cette cavité en deux :

Une antérieure ou *pré-utérine*;

Une postérieure ou *rétro-utérine*.

Cette cavité est entièrement divisée par cette sorte de barrière, et nous apercevons dans la partie antérieure : la saillie faite par la vessie, dans la partie postérieure : celle faite par le rectum. Les deux plus ou moins marquées suivant leur état de vacuité ou de plénitude.

On peut donc constater que le rapport de la séreuse péritonéale avec l'appareil génital n'a pas seulement un intérêt anatomique, mais est capital au point de vue pathogénique.

Il nous explique en pathologie l'extrême fréquence des réactions et collections péritonéales qui compliquent les affections de l'utérus ou de ses annexes.

Si nous examinons maintenant d'un peu plus près la cavité pré-utérine, nous voyons que la face antérieure de l'utérus légèrement convexe transversalement et verticalement est séparée de la face postérieure de la vessie par une dépression profonde dans laquelle le péritoine recouvrant vessie et utérus forme un cul-de-sac. Ce cul-de-sac vésico-utérin descend beaucoup moins bas que le cul-de-sac rétro-utérin. Chez les nullipares, il ne descend guère en dessous de l'isthme, mais chez les mullipares, il peut recouvrir une partie plus ou moins grande de la face antérieure du col. Dans certains cas on l'a vu atteindre le cul-de-sac antérieure du vagin.

Il existe quand même une portion où la vessie est intimement liée à l'utérus. En effet, la vessie est accolée au tiers inférieur de sa face antérieure, depuis l'insertion vaginale jusqu'à l'isthme. Ce contact se fait par l'intermédiaire d'un tissu assez lâche qui se laisse dissocier avec une extrême facilité. Ce rapport est extrêmement important pour la colpotomie antérieure. Opération beaucoup plus facile qu'on ne le croit et si elle est peu pratiquée cela est d'avantage dû à la localisation exceptionnelle des collections du cul-de-sac vésico-utérin qu'à la difficulté opératoire.

Mais au point de vue chirurgical il faut dire que le cul-de-sac vésico-utérin a une importance moindre que celui de Douglas, les épanchements séreux et surtout purulents se placent beaucoup plus rarement en avant et ce n'est que dans certaines salpingites ou dans certains kystes qu'on peut les voir tomber dans le cul-de-sac antérieur, ou lorsque le Douglas est oblitéré.

Dans la loge postérieure ou rétro-utérine on remarque une dépression médiane profonde et deux autres moins prononcées sur les cotés.

Comme la face antérieure, la face postérieure de l'utérus est recouverte de péritoine. Cette séreuse, avant de se réfléchir en arrière et en haut sur la face antérieure du rectum, forme une profonde dépression ou cul-de-sac de Douglas. Ce diverticule péritonéale descend plus bas que la face postérieure de l'utérus, sur la face postérieure du col et même sur une partie plus ou moins étendue de la face postérieure du vagin.

Le ligament utéro-sacré qui se dessine de chaque

côté de cette dépression divise le cul-de-sac de Douglas en deux.

Un étage supérieur et externe relativement large, c'est dans cette dépression que viennent prolaber les ovaires et les trompes.

Un étage inférieur plus étroit, cul-de-sac de Douglas proprement dit, cavité très profonde et qui répond surtout au vagin.

C'est lui qu'on ouvre dans les collections qui sont abordables par voie vaginale, c'est-à-dire par une colpotomie postérieure. C'est le point le plus déclive de la cavité pelvienne, ce qui explique parfaitement la grande fréquence des épanchements collectés dans cette cavité.

La situation des ovaires, des trompes et de l'utérus, par rapport au cul-de-sac de Douglas, et d'autre part les nombreuses affections dont ces organes sont le siège, nous expliquent clairement et nous font comprendre la fréquence des lésions inflammatoires de ce cul-de-sac péritonéal.

On y observe des collections sanguines consécutives à la rupture d'une grossesse tubaire, mais surtout des collections séreuses et purulentes; le plus souvent symptomatiques d'une affection salpingo-ovarienne.

Ce sont ces collections qui viennent faire saillie dans le cul-de-sac postérieur, reconnaissables par le toucher vaginal et qui peuvent être abordées par une colpotomie postérieure.

Enfin le voisinage immédiat du rectum explique

l'extrême fréquence avec laquelle les abcès s'ouvrent spontanément dans ce viscère.

En outre, il faut distinguer dans la partie latérale du petit bassin deux régions différentes contenues dans le ligament large.

Une partie supérieure qui contient l'ovaire, sa trompe et leurs vaisseaux ; le tout enveloppé dans un tissu dense, où le tissu cellulo-grasieux manque presque entièrement et où une suppuration ne pourra pas s'étendre.

Une partie inférieure qui contient les branches pelviennes, artérielles et veineuses de l'hypogastrique, des lymphatiques, des ganglions, le tout enveloppé dans un tissu cellulo-grasieux, très riche, nommé gaine hypogastrique.

Cette gaine communique avec la fosse iliaque interne, et c'est par là que fuseront certains abcès pelviens, qui trouveront tout de suite sous la séreuse de la fosse iliaque un magnifique terrain d'extension : l'espace de Bogros.

En effet, le péritoine se réfléchit un peu au-dessus de l'angle formé par la réunion du fascia iliaca et du fascia transversalis, laissant donc en arrière de l'arcade crurale et au-dessous du péritoine un espace rempli de tissu cellulaires extrêmement riche en graisse qui est l'espace de Bogros.

Dans cet espace se trouvent :

- 1° Les ganglions épigastriques et iliaques externes ;
- 2° Les vaisseaux épigastriques ;
- 3° Les vaisseaux iliaques externes.

C'est dans l'espace de Bogros qu'on découvre, par une incision parallèle à l'arcade crurale et à 1 centi-

mètre au-dessus environ : l'artère iliaque externe et la portion horizontale de l'artère épigastrique. Cette incision nous permet de pénétrer dans cet espace sans risquer de léser le péritoine, qui est en effet uni au fascia transversalis par une couche cellulo-graisseuse très lâche et qui permet avec une extrême facilité, le décollement de la région.

Cette disposition explique le développement et la diffusion des deux variétés de suppurations pelviennes chez la femme ; c'est-à-dire extra et intra-péritonéale, de telle sorte que la distinction en deux régions, justifiée anatomiquement, l'est également chirurgicalement.

Et maintenant après avoir vu la disposition anatomique des organes du petit bassin, on peut aborder le chapitre des voies d'abord des suppurations pelviennes si fréquentes chez la femme.

Schématiquement, on pourra dire que les suppurations plus ou moins localisées au petit bassin et venant se loger dans le cul-de-sac de Douglas, sont, dans l'immense majorité des cas, des suppurations intra-péritonéales. Par contre, celles qui ont une tendance envahissante, débordant vers les culs-de-sac latéraux ou vers la paroi abdominale, sont des suppurations extra-péritonéales, celluleuses, les véritables phlegmons du petit bassin.

Les collections pelviennes et pelvi-iliaques peuvent être abordées par deux voies principales :

1° La voie basse ou voie vaginale ;

2° La voie haute, voie abdominale, dans la majorité des cas plutôt inguino-abdominale ou illiaque.

LA VOIE BASSE OU VOIE VAGINALE

C'est l'abord de beaucoup le plus fréquent. C'est une voie connue depuis fort longtemps et déjà à l'époque pré-aseptique, des chirurgiens comme Récamier, Velpeau, Demarquay, et d'autres, ouvraient par le vagin des collections qui bombaient fortement dans le Douglas. Mais le siège de la plupart des collections purulentes du petit bassin était très mal connu à cette époque. Certains, trop prudents, n'incisaient que les collections bombant fortement dans le cul-de-sac postérieur. Par contre, d'autres incisaient des collections d'un abord délicat et dont l'exécution, beaucoup plus difficile, provoquait souvent des incidents et des accidents redoutables.

Théoriquement par le vagin on pourra aborder les collections par trois voies.

1° *La colpotomie antérieure :*

La plus rare à cause de la rareté des suppurations qui se placent dans le cul-de-sac utéro-vésical.

2° *La colpotomie latérale :*

La plus mauvaise, la plus dangereuse. La rejeter dans toutes les circonstances possibles.

3° *La colpotomie postérieure :*

La plus fréquente, la meilleure, la vraie voie d'abord des collections pelviennes.

1° LA COLPOTOMIE ANTÉRIEURE

Éventualité très rare, même exceptionnelle, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Cette opération un peu plus compliquée que la colpotomie postérieure, peut rendre de réels services dans les suppurations antérieures, si l'on veut bien s'en tenir à une technique à la fois simple et prudente.

La technique est la suivante.

La femme étant préparée comme pour une hystérectomie vaginale. Après nettoyage rigoureux de la cavité vaginale, on met en place deux valves, la supérieure qui doit protéger la vessie étant un peu plus longue. La lèvre antérieure du col sera saisi avec une forte pince à griffes qui assure une bonne prise.

On attire le col en avant et fortement en bas vers la fourchette pour dégager le plus possible le cul-de-sac antérieur, pendant que l'aide déprime avec la valve supérieure la paroi du vagin, afin de donner plus de lumière.

Il est bon à ce moment de se rendre compte de la situation exacte de la collection en recherchant au doigt le maximum d'empâtement ou de fluctuation.

L'exploration à l'aiguille est inutile à ce moment et même un peu dangereuse, car on risque de piquer et d'infecter la vessie.

On incise ensuite la muqueuse vaginale et seulement la muqueuse sur 2 centimètres environ, tout contre l'utérus, immédiatement en avant du col, et chose capitale on se gardera bien d'abandonner l'utérus pendant toute l'opération.

Après l'incision de la muqueuse vaginale on arrive immédiatement dans l'espace cellulaire inter utéro-vésical qu'on décolera lentement de préférence à la compresse, sinon à l'aide d'un ciseau courbe; mais on se gardera toujours bien de quitter la face antérieure de l'utérus. On protégera la vessie à l'aide d'une valve longue qui la repousse en haut, et on recherchera de nouveau la collection. A ce moment la ponction exploratrice est tout à fait indiquée et peut être d'une aide précieuse permettant de rechercher une collection plus profonde, sans risquer d'infecter la vessie.

Le point le plus empâté étant trouvé, on effondre la collection à l'aide d'une longue pince courbe et mousse.

Si la brèche est trop petite, rien de plus facile que de l'agrandir en retirant lentement la pince en même temps qu'on l'écarte. Lorsque la poche est ouverte, il faudra s'assurer qu'il n'existe plus d'autres collections dans le voisinage, en explorant minutieusement la cavité au doigt. Enfin on termine par un bon drainage, qui est capital pour les suites opératoires, car la brèche vaginale ayant tendance à se fermer trop vite, la rétention est à craindre.

Le meilleur moyen pour assurer un drainage parfait, est de placer un gros grain en T, après avoir coupé la

moitié supérieure de la branche horizontale, afin de la transformer en une véritable gouttière, ce qui assurera un bon écoulement et drainage du pus. On le fixera ensuite avec un crin pour qu'il ne se déplace pas.

Il sera recommandable de placer une mèche autour du drain pour vingt-quatre heures, car la brèche créée a une tendance à saigner assez abondamment. On finira par la mise en place d'une sonde vésicale, pour parer à la rétention et à l'infection urinaire, chose qui se comprend parfaitement, étant donné le traumatisme que la vessie a subi lors du décollement.

Par suite de cette intervention la température tombe rapidement à la normale, l'état général s'améliore avec une rapidité vraiment merveilleuse. La persistance de fièvre après l'opération indique la présence d'un foyer passé inaperçu et qui n'a donc pas été ouvert; enfin la reprise de la température après une chute normale, témoigne presque toujours d'une rétention due le plus souvent au déplacement du drain mal fixé.

Les lavages sont parfaitement assurés par le même drain.

Voici trois observations bien caractéristiques de suppuration du cul-de-sac vésico-utérin pour laquelle on est intervenu par colpotomie antérieure.

La première est une observation personnelle du docteur Jourdan.

Il s'agit d'une jeune femme qui présentait des antécédents de métrite-salpingite, probablement d'origine puerpérale. A l'examen on trouve une grosse collection indurée du cul-de-sac antérieur. L'utérus est refoulé contre le sacrum.

Les signes généraux sont sérieux. Pollakiurie sans rétention.

Intervention sous anesthésie générale à l'éther.

Opération classique par incision du cul-de-sac antérieur, décollement de la vessie sans difficulté ni incident.

Issue de 300 grammes de pus non fétide.

Drain en T. Sonde vésicale à demeure.

Guérison complète en quinze jours.

Les deux autres observations ont été publiées dans la thèse de Roget et sont très instructives.

Dans le premier cas, il s'agit d'une paramétrite antérieure consécutive à un phlegmon de la gaine hypogastrique.

M^{me} A. G., 25 ans Menstruation régulière depuis l'âge de 14 ans. A 18 ans, accouchement suivi de pelvi-péritonite qui guérit médicalement. Un an plus tard un autre accouchement suivi de petites infections et dont la malade est très longue à se remettre.

Il y a quatre mois, elle fait une fausse couche de six semaines suivie de douleurs pelviennes très vives et doit s'aliter jusqu'à son admission dans le service.

A l'examen on trouve une femme pâle, extrêmement maigre.

Un plastron gauche remontant au-dessus de l'arcade de Fallope vers la fosse iliaque. Au toucher vaginal l'utérus est immobilisé, le cul de sac postérieur libre, mais en avant on perçoit une tuméfaction qui se continue à gauche.

Opération : On fait d'abord une colpotomie postérieure qui ne donne rien, mais permet de faire une exploration complète du petit bassin. Par la brèche vaginale l'opérateur constate que tout le petit bassin est libre, la face postérieure de l'utérus lisse, les annexes saines et mobiles.

Il pratique alors une deuxième incision pré-cervicale.

Après décollement de la vessie on tombe dans une vaste cavité d'où s'échappe une grande quantité de pus :

Drainage. Guérison complète rapide.

Deuxième cas, M^{me} M. G. ménagère, 24 ans. Trois jours avant son entrée dans le service, accouchement suivi de douleurs abdominales basses. Frissons, vomissements, température à 39°4. L'état général est très grave.

A l'examen l'utérus est perdu dans une gangue inflammatoire extrêmement douloureuse.

Après quelques jours de traitement médical les signes physiques deviennent plus nets; l'inflammation péri-utérine a disparue; mais il persiste à gauche une induration du cul-de-sac latéral qui gagne la partie postérieure et se laisse percevoir au dessus de l'arcade de Fallope. On assiste à la formation d'un phlegmon de la gaine hypogastrique gauche. Le 10 août on décide de pratiquer une colpotomie postérieure.

On entre d'emblée dans la cavité péritonéale et c'est ensuite seulement que la collection est ouverte. Le pus traverse donc pour s'écouler la partie la plus déclive de la cavité péritonéale. On place dans la plaie vaginale deux gros drains et une mèche.

Le 12 août, la température ne dépasse pas 38° mais l'état général est très touché, ballonnement du ventre, vomissements, pouls rapide.

Le 13 août, les signes généraux s'amendent mais la température reste à 39°, jusqu'au 18 août elle oscille entre 38°-39°. L'état général laisse toujours à désirer et la malade s'affaiblit de plus en plus malgré les injections répétées de sérum.

Le 18 août. Incision du cul-de-sac antérieure : immédiatement en avant du col, incision demi-circulaire comme dans le premier temps d'une hystérectomie vaginale. Décollement de la vessie, mais à peine ce décollement est amorcé qu'un flot de pus s'échappe, alors que les drains placés dans le cul-de-sac postérieur ne donnaient plus qu'un écoulement insignifiant.

Nettoyage de la poche. Drain. Le lendemain la température est à 36°7.

Guérison complète le 31 août.

Ces deux observations nous montrent bien l'efficacité et surtout la facilité de la colpotomie antérieure, opérée

ration beaucoup moins dangereuse qu'on ne le croit, pourvu que l'on soit prudent et que l'on pose bien ses indications, facteurs indispensables pour la réussite.

Des publications nombreuses ont été faites, principalement en Allemagne, décrivant le procédé et insistant surtout sur ses indications précises, d'où leur rareté relative.

Parmi les auteurs, on peut citer, notamment, les publications par Duhrssen, Gourschalk, von Erlach, Bode, en Allemagne, et par A. Martin en France.

2^o LA COLPOTOMIE LATÉRALE

Nous ne dirons sur la colpotomie latérale que quelques mots, car c'est une opération dangereuse, qu'on devrait rejeter toutes les fois qu'il est possible.

Au point de vue chirurgical, on peut être appelé à faire la colpotomie latérale :

1^o Pour des cellulites suppurées basses des culs-de-sac latéraux, par exemple, en cas de phlegmons vrais du ligament large, qui malgré le traitement médical, surtout vaccinothérapie, n'ont pas tendance à se résorber, mais au contraire s'étendent. Cliniquement, on trouve dans un cul-de-sac latéral une induration n'ayant aucune tendance à envahir le Douglas.

2^o Pour des abcès intra-péritonéaux développés contre la paroi latérale du bassin, par exemple, une poche salpingienne nécessitant une ouverture.

Heureusement ces éventualités ne se présentent pas très souvent. En effet, dans un grand nombre de cas,

ces phlegmons ont tendance à remonter le long de la gaine hypogastrique, venant faire saillie au-dessus de l'arcade de Fallope et, dans ce cas, l'ouverture sera faite par là. D'autres fois, la collection a tendance à envahir le cul-de-sac postérieur et, en pareil cas, il est préférable de faire une colpotomie postérieure, quitte à la latéraliser ensuite.

Pourquoi faut-il rejeter cette voie?

Pour deux raisons, l'une aussi importante que l'autre.

1° A cause de la possibilité de blessure d'une artère,

2° A cause de la blessure de l'uretère.

L'artère dangereuse est l'artère vaginale, fréquemment repoussée par la collection en dehors, elle est normalement située transversalement sur le côté du col.

L'uretère est le plus souvent repoussé contre la paroi du pelvis et longe, pour gagner la vessie, la paroi antérieure de la collection. Tantôt il est refoulé en dedans et se rapproche du col de l'utérus, mais comme il est absolument impossible de reconnaître cliniquement la situation et le sens exact du déplacement de l'uretère, il faut inciser en un point où l'on est sûr de ne pas le rencontrer. Le professeur Delbet recommande dans ces cas d'inciser cette collection à sa partie la plus reculée.

L'incision doit être oblique en arrière et en dehors, dans le sens de la marche de tous les vaisseaux de cette région.

Heureusement, les interventions sur les culs-de-sac latéraux sont exceptionnelles, car si la collection est intra-péritonéale, elle a toujours une tendance à se

placer soit dans le cul-de-sac de Douglas, soit plus rarement dans le cul-de-sac vésico-utérin. Au contraire, en cas de suppuration extra-péritonéale, elle ne se localise qu'assez rarement dans le cul-de-sac latéral et tend à envahir le cul-de-sac postérieur ou à remonter le long de la gaine hypogastrique vers la fosse iliaque où elle peut être abordée facilement et sans danger.

En tout cas, si on est contraint de faire cette intervention, il est recommandé de la faire avec la plus grande prudence et de prendre toutes les précautions possibles; avant tout :

1° Bien s'éclairer;

2° Faire avant l'incision une ponction exploratrice.

La technique est la suivante :

Après nettoyage et mise en place des valves, on recherche la partie la plus fluctuante et en même temps la plus reculée de la collection. A cet endroit, avant d'inciser on procède à une ponction exploratrice, puis avec le bistouri on fait une petite incision seulement de la muqueuse vaginale. Cette incision doit être faite obliquement en arrière et en dehors dans le sens de la marche des vaisseaux de cette région; puis avec une pince mousse et courbe on effondre la collection sans brutalité, enfin en retirant cette pince on l'écarte légèrement pour agrandir la brèche et on place un drain.

Il n'est pas rare que de telles malades fassent de la rétention, ce qui est dû à ce que le drain est coincé et courbé dans cet endroit. Il est donc bon de regarder tous les jours sa malade au spéculum et de dilater la

brèche avec une pince en cas de rétention. En général, dans les cas normaux, après quatre à cinq jours, le drain peut être enlevé, car la suppuration est tarie. Nous croyons pourtant, qu'il est préférable même en cas de collection tout à fait latérale, sans aucune tendance à envahir le Douglas, de faire une colpotomie postérieure, quitte à la latéraliser ensuite prudemment.

Avec cette technique, les résultats nous paraissent meilleurs.

1° Au point de vue de l'évolution, il semble qu'elle soit écourtée, car cette voie se prête mieux au drainage ;

2° Elle présente surtout l'avantage d'être moins aveugle, évitant ainsi dans une certaine mesure les accidents redoutables, qui peuvent survenir au cours de la colpotomie latérale. L'observation suivante très démonstrative est celle d'une malade opérée par le Dr Jourdan, qui présentait une collection latérale avec Douglas entièrement libre et pour laquelle on a fait une colpotomie postérieure.

OBSERVATION. — M^{me} S..., 30 ans. Appendicite aiguë opérée à la quarante huitième heure. Péritonite diffuse. Drainage du Douglas. Les suites immédiates sont parfaites et on enlève le drain le troisième jour.

Le cinquième jour, la température remonte en même temps qu'il se constitue une masse latérale.

Le dixième jour, malgré la glace, propidon, etc., la température est à 39°5.

A l'examen, on trouve une masse volumineuse, tendue, avec empâtement et qui est perceptible au-dessus du pubis.

On décide une intervention par colpotomie postérieure, malgré que le T. V. montre une masse dans le cul-de-sac latéral droit et bien que le Douglas soit absolument libre.

Opération : Anesthésie générale à l'éther. Colpotomie postérieure large. Repérage au doigt du pôle inférieur de la masse droite.

Un aide fixe la tuméfaction en appuyant sur le pôle supérieur, à travers la paroi abdominale.

Effondrement de la collection avec un clamp courbe, conduit sur l'index gauche sans difficulté. Issue de 200 grammes de pus très fétide. Drain en T. Guérison avec longue séquelle de pelvi-péritonite.

Malade revue deux ans après, paraissant complètement guérie.

3° LA COLPOTOMIE POSTÉRIEURE

La découverte par Lawson Tait, qui a démontré qu'une très grande quantité de collections pelviennes était renfermée dans une des trompes dilatée, bouleversa la chirurgie de l'époque. Alors que le succès que donnait l'extirpation de la trompe malade était généralement reconnu, l'incision des suppurations pelviennes tomba peu à peu dans l'oubli, détrôné par le succès de la laparatomie. Sans doute on ouvrait encore de temps en temps quelques collections très bas situées, bombant fortement dans le Douglas, comme certaines pelvi-péritonites ou des hématoécèles suppurées, mais l'ancienne pratique ne fût plus employée qu'à titre d'exception.

C'est en 1886 que le professeur Laroyenne de Lyon a tiré cette méthode de l'oubli. Il étendit, en outre, ses indications en montrant comment on pouvait atteindre des collections hautement situées, par le vagin, autres que celles qu'on avait coutume d'ouvrir. La pratique de Laroyenne fût exposée dans la thèse de son élève

Blanc. Enfin Bouilly, en 1890, la recommande dans certains cas et fait à la Société de chirurgie un exposé très complet sur ce sujet.

Si la laparotomie est le traitement de choix de la plupart des affections pelviennes, il n'est pas moins vrai que la colpotomie postérieure reste une opération excellente, souvent seule indiquée dans certaines suppurations qui se placent dans le cul-de-sac de Douglas.

Cette opération d'une efficacité certaine est souvent suffisante pour amener la guérison. Mais la colpotomie postérieure comme toute opération ne doit pas être faite à tort et à travers; et ses indications, qui sont peut-être moins restreintes qu'on ne le croit, doivent être précisées.

Si la colpotomie postérieure est dans certains cas la méthode de choix, la seule à employer, il n'est pas moins vrai que dans d'autres, elle a des contre-indications sérieuses, et c'est ce que nous allons préciser.

Quelles sont les indications de la colpotomie postérieure.

Il y a une indication majeure à la colpotomie postérieure, qui ne se discute pour ainsi dire même pas et pour laquelle tous les chirurgiens sont d'accord. Ce sont les grosses collections bombant fortement dans le Douglas, qui se présentent pour ainsi dire d'elles-mêmes à l'incision. Ce sont certaines pelvi-péritonites aiguës, les hématoécèles suppurées, les kystes dermoïdes infectés et en voie de suppuration, enfin les cas très fréquents de lymphangites, de phlegmons et supprau-

tions puerpérales ou plutôt abortives péri-utérines, qui s'accompagnent dans la majorité des cas de signes de pelvi-péritonite et viennent se placer dans le cul-de-sac postérieur.

Au point de vue anatomique ces collections, bas situées venant faire saillie dans le cul-de-sac de Douglas, peuvent être intra ou extra-péritonéales. Parmi celles-ci, il en est d'enkystées dans des poches préexistantes, comme par exemple les gros pyosalpinx et les ovarites suppurées.

Ces collections du Douglas, qui dépriment le dôme vaginal, oedématisent sa muqueuse lui donnant une couleur livide, qui descendent plus ou moins bas pouvant atteindre des volumes importants menaçant de s'ouvrir spontanément dans le vagin ou le rectum, doivent être incisées. Ici la colpotomie est indiscutable et on peut dire que c'est son indication majeure. Cette intervention est même préconisée par les chirurgiens qui ont une répugnance pour la voie vaginale.

Dans ces cas, la colpotomie est l'opération simple, facile et surtout efficace au moins momentanément, et dans certains cas, elle est suffisante pour amener la guérison définitive, dans d'autres elle est toujours bonne, car elle supprime un danger imminent de rupture ou d'accident septique.

Si on passe rapidement en revue les abcès qui peuvent descendre dans le cul-de-sac de Douglas, il faut citer :

- 1° Les salpingites prolabées dans le Douglas;
- 2° Les collections péri-annexielles;

3° Les hématoçèles suppurées;

4° Les pelvi-péritonites suppurées elles mêmes.
Enfin les kystes enflammés et suppurés.

Dans le cas de collection annexielle ou péri-annexielle, la colpotomie ne sera faite qu'après l'échec d'une thérapeutique médicale et surtout sur les indications tirées de la gravité de l'état général et local.

Mais il faut dire que cette intervention est dans un grand nombre de cas une intervention palliative, néanmoins parfois remarquable, car elle est peu choquante pour une malade fatiguée et fiévreuse. Dans les cas de salpingites aiguës, de date assez récente, cette petite opération à elle seule peut amener la guérison; mais en tout cas si une deuxième intervention pour l'extirpation de la poche est nécessaire, elle sera faite sur une malade hors de danger et sur une lésion refroidie.

C'est encore une très bonne intervention en cas d'hématoçèle suppurée. Ici tout se résume dans une collection purulente qui peut parfaitement et entièrement être évacuée par la colpotomie.

Reste à voir si une autre intervention ne sera pas nécessaire pour parer aux récidives, mais cela rentre déjà dans un autre domaine.

Dans les pelvi-péritonites suppurées consécutives à une lésion ovarienne, donc quand cette pelvi-péritonite suppurée n'est que l'épiphénomène d'une lésion annexielle comme nous l'avons dit plus haut, la colpotomie ne sera qu'une opération palliative et les indications futures ne dépendront que de la lésion annexielle.

Il n'en est pas de même dans un grand nombre de pelvi-péritonites suppurées consécutives à une infection puerpérale, une fausse-couche, ou un curetage septique; quelques jours après apparaissent ces accidents avec grosse température et un empâtement douloureux de tout le Douglas. Ici encore la colpotomie a sa grande indication.

Enfin, c'est encore à la colpotomie qu'il faut recourir en cas de rupture d'une poche purulente dans le péritoine pelvien; à moins que la grande cavité péritonéale ne soit prise, car dans ce cas le drainage par simple colpotomie est sûrement insuffisant.

Pour les kystes suppurés, il est assez rare de les voir descendre jusqu'au fond du Douglas, mais si ce cas se présente la colpotomie postérieure avec un bon drainage peut rendre des services éminents.

Et maintenant après avoir passé en vue les suppurations qui se sont développées dans la cavité péritonéales du petit bassin, il nous reste à regarder, rapidement, un certain nombre de suppurations à point de départ sous péritonéale envahissant le cul-de-sac de Douglas par une pelvi-péritonite associée et donc justifiable de la colpotémie postérieure. Dans ce chapitre, il faudra faire entrer :

1° Les paramétrites suppurées;

2° Les phlegmons de la gaine hypogastrique;

3° La thrombo-phlébite utérine suppurée.

Toutes ces suppurations surviennent en général quelques jours après une fausse couche ou un accouchement septique.

Elles se caractérisent par une température élevée, par des douleurs dans le bas ventre, et au toucher vaginal par une fixité de l'utérus, repoussé plus ou moins d'un côté et en arrière par une masse empâtée et très douloureuse en forme de croissant qui a tendance à se ramollir progressivement. Il est vrai que souvent la masse est plutôt latérale que vraiment postérieure.

Néanmoins si le cul-de-sac de Douglas est pris, il est préférable de faire une colpotomie postérieure et de la latéraliser ensuite prudemment en détruisant les loges et les clapiers existants au doigt.

Si la collection est volumineuse, elle apparaît immédiatement faisant une saillie appréciable dans la partie postéro supérieure du vagin. La muqueuse est en cet endroit livide et œdématiée. Mais quand cette collection n'est pas si apparente, ce qui arrive souvent, il est à recommander de faire une ponction exploratrice qui rend parfois de grands services.

L'incision est faite immédiatement en arrière du col.

On peut la faire au bistouri verticalement, mais il est préférable de la faire à l'aide d'un fort ciseau courbe et dans ce cas transversalement. Cette incision doit être faite assez largement sur 3 à 5 centimètres de longueur.

La technique dans ces cas est extrêmement simple et, en pratique, on en fait pour ainsi dire que d'inciser un abcès chaud.

Premièrement on tâchera d'être éclairé le mieux possible.

La femme étant préparée et installée comme pou

une hystérectomie vaginale. L'anesthésie générale à l'éther est à recommander, mais si la malade est très choquée on pourra opérer à l'anesthésie locale.

Après nettoyage et désinfection de la cavité vaginale, on met deux valves en place qui sont tenues par un aide, et qui dépriment fortement la fourchette en bas, pour donner le plus de lumière possible. Avec une forte pince à griffe qui ne lâche pas, on assure une bonne prise sur la lèvre postérieure du col utérin et on l'attire en avant et fortement en haut, afin de dégager le plus possible le cul-de-sac postérieur.

A ce moment, la valve supérieure doit être enlevée, car elle ne fera que gêner les manipulations.

Souvent la poche est tout contre la paroi vaginale et dans ce cas le pus s'écoule à la première incision, sinon après avoir fait l'incision vaginale, on effondre la collection avec un clamp long et courbe. Il est prudent dans ces interventions de ne jamais employer d'instruments piquants.

Si la brèche est petite, on pourra l'agrandir en retirant en même temps qu'on écarte la pince. On fera la révision de la cavité, afin de ne pas laisser une poche non incisée et on termine en plaçant un gros drain et une mèche dans la cavité, qui assureront un écoulement facile du pus, et arrêteront les hémorragies qui sont assez abondantes dans ce genre d'intervention. Il est toujours prudent de fixer son drain pour qu'il ne se déplace pas.

Certains chirurgiens ne drainent jamais et préfèrent ouvrir tous les jours la plaie à l'aide d'une pince, afin

de faire écouler le pus. Le drainage est sûrement indiqué ici, car l'incision vaginale a une tendance extrêmement rapide à se fermer, ce qui pourrait amener des accidents de rétention.

Les suites opératoires sont excellentes et la femme après cette petite intervention n'est pas choquée du tout, fait extrêmement appréciable chez des malades plus ou moins affaiblies par la fièvre et une longue suppuration.

La température descend pour ainsi dire immédiatement à la normale, l'état général change du jour au lendemain.

Nous avons pu suivre à ce sujet plusieurs malades dans le service de notre Maître le D^r Roux-Berger à l'hôpital Tenon et tout récemment quelques-unes, dont l'histoire est très caractéristique.

OBSERVATION I. — M^{me} L..., âgée de 34 ans, entre dans le service pour une violente crise de salpingite qui était traitée médicalement depuis assez longtemps. A l'entrée, elle a une fièvre qui oscille entre 39° et 39°5. État général assez bon. Au toucher vaginal, on trouve une masse dure, empâtée et extrêmement douloureuse. Malgré le propidon, la température reste à 39°, et la masse a tendance à se ramollir. On décide de faire une colpotomie.

L'incision du cul-de-sac postérieur donne issue à un quart de litre de pus très fétide et épais. On place un gros drain. Le lendemain, la température est à 37°2. Guérison en huit jours.

OBSERVATION II. — M^{me} E..., âgée de 26 ans, a fait, il y a huit jours, une fausse couche de trois mois. Depuis deux jours, douleurs extrêmement violentes dans le bas-ventre, avec nausées et vomissements. La température est à 39° à

l'admission de la malade dans le service. État général très mauvais. Au toucher vaginal, on trouve dans le Douglas une grosse masse empâtée et très douloureuse. Le col est en avant plaqué contre la symphyse pubienne. Il n'y a pas de fluctuation. On décide de pratiquer le jour même une colpotomie.

A l'incision, écoulement d'une quantité de pus et de sérosité non fétide. Un drain est mis en place. L'état général est choqué. Guérison en quinze jours sans accidents.

OBSERVATION III. — Malade âgée de 35 ans, entre le 18 janvier dans le service pour des douleurs dans le bas-ventre et une température de 39°. Elle est traitée depuis douze ans pour une salpingite qui lui a déjà provoqué plusieurs crises. En 1925, elle subit une crise, avec une forte pelvi-péritonite, mais qui rétrocede par un traitement médical et la glace.

A l'examen, on trouve une femme avec un état général assez bon, la partie inférieure de l'abdomen est très sensible. Au toucher vaginal, on trouve une grosse masse bombant dans le Douglas. Le col est rejeté en avant, plaqué contre la symphyse pubienne. Au toucher rectal, on apprécie une grosse masse bien arrondie qui paraît mobile et très douloureuse. On lui fait une colpotomie qui ne donne qu'une petite quantité de pus. On finit en mettant un bon drainage.

Le lendemain, malgré l'intervention, la température est restée à 39°, 39°,5. Enfin le quatrième jour après l'opération, brusquement elle élimine par le drain une grosse quantité de pus.

Il s'agissait ici d'une poche plus hautement placée, passée inaperçue pendant l'opération, mais révélée par la fièvre.

Actuellement, la malade est complètement guérie, la température est à 36°,6, l'état général excellent, et il n'y a plus d'écoulement cinq jours après la suppression du drain.

Nous avons vu que dans les suppurations du cul-de-sac de Douglas, qui malgré un traitement médical continuent à évoluer et menacent de provoquer des accidents de rupture ou les accidents septiques, la

colpotomie était l'opération de choix. L'opération qui donnait d'excellents résultats avec un minimum de risques pour la malade. Dans ces cas, la colpotomie devient presque indiscutable.

Mais il peut se présenter en effet deux éventualités, où les indications d'une colpotomie sont plus discutables, ce qui arrive :

1° Dans le cas d'une collection haute, rétro-isthmique ou rétro-corporéale; où la poche est de date assez récente donc souple et surtout médiane.

2° Dans d'autres cas on est en présence d'une grosse poche unique ou multilobée, hautement placée, qui donne au toucher la sensation d'une masse très dure, non médiane, mais plutôt postéro-latérale.

EST-CE QU'IL FAUT OU EST-CE QU'IL NE FAUT PAS
FAIRE DANS CE CAS UNE COLPOTOMIE?

Si on examine le premier cas, c'est-à-dire celui d'une poche souple haute et surtout médiane, on peut avancer contre la colpotomie les critiques suivantes :

A) C'est une opération aveugle donc dangereuse ;

B) Pour atteindre une collection haute, il est nécessaire de passer par un espace sain, non infecté ;

C) L'opération est dans certain cas extrêmement difficile.

Critiques auxquelles nous répondront :

Que l'opération soit plus difficile qu'une simple ouverture d'une collection basse. Ceci est certain, mais elle n'est dangereuse qu'avec une mauvaise technique,

sans la prudence nécessaire. C'est là pourtant, la question la plus importante dans ces collections hautes.

Il ne faut certainement pas employer la vieille technique aux trocars, ou essayer d'ouvrir avec d'autres instruments piquants. Avec cette méthode on comprend qu'on ait pu avoir des accidents plus ou moins graves, comme par exemple la blessure de l'intestin, d'ailleurs peu grave lorsqu'elle siège sur le rectum, mais très sérieuse en cas d'atteinte du grêle.

Pour éviter ces inconvénients, il faut procéder selon une technique bien établie et prudente.

L'opération doit se faire sous anesthésie générale. Après incision du cul-de-sac postérieure, on attire avec une pince de Museux le col fortement en avant et en haut.

Deux doigts sont introduits dans la brèche vaginale créée pour explorer la cavité pelvienne, pendant que l'autre main, placée sur un champ abdominal, déprime fortement la paroi au devant des doigts pelviens. On peut ainsi faire une exploration très complète de toute la cavité abdominale. Il est très important en cas de difficultés, de conserver un point de repaire en se maintenant toujours au contact intime de la face postérieure de l'utérus sans s'égarer vers les parties latérales de l'excavation. On arrive ainsi à reconnaître une collection au milieu des adhérences, un volumineux pyosalpinx haut placé ou même deux, qu'il reste alors à ouvrir et dans la poche duquel on placera un gros drain.

Il serait dangereux d'utiliser un trocart quelconque

et la sécurité commande de maintenir le contact de la poche au bout des doigts et de se guider sur ces doigts pour amener l'instrument au point voulu.

L'instrument le plus commode et en même temps le plus recommandable, celui dont il faut se servir, est un fort clamp courbe que la main libre introduit sur les doigts pelviens, concavité en avant, jusque sur la poche. A ce moment, il suffit de pousser pour ouvrir celle-ci; en même temps qu'un aide comprime la paroi abdominale et fixe la tumeur. Ensuite on écarte longuement les mors de l'instrument pour créer un orifice suffisant. Il ne reste plus, les doigts restant toujours au contact de l'orifice créé, qu'à porter avec la pince l'extrémité d'un gros drain en croix ou d'un drain de Hugier jusque dans la poche. On peut mettre, de plus, une mèche pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, dans la brèche vaginale, pour l'empêcher de trop se resserrer autour du drain, ou pour éviter un suintement saguin à ce niveau.

Si cette opération est plus difficile et nécessite une plus grande prudence d'exécution que l'ouverture d'une collection basse, néanmoins il faut dire que, conduite comme on la décrit plus haut, elle annule la critique qu'on lui fait d'être aveugle et devient une opération pour ainsi dire absolument bénigne, mais il est évident qu'il faut procéder avec méthode et prudence.

On a reproché à la colpotomie, ici comme dans certains abcès bas situés du Douglas, d'être le plus souvent une opération insuffisante et qu'il faut arriver tôt ou tard à une laparotomie suivie d'extirpation.

La réponse sera ici la même que pour les collections basses. On est en présence d'une suppuration grave qui risque de provoquer des accidents redoutables et qui ne se résorbe pas; il faut tâcher d'ouvrir cette collection dans un endroit où le drainage sera assuré avec un minimum de risques pour la malade. Nous croyons qu'on peut donner dans ce cas la préférence à cette voie quand elle est possible, plus qu'à la voie abdominale par laparotomie.

2° D'ailleurs, il n'est pas exact de dire que la laparotomie est l'aboutissant presque fatal de la colpotomie. Les résultats observés en pareil cas (et nous pourrions apporter quelques belles observations) montrent précisément que le drainage par voie basse est très souvent efficace et dans certains cas absolument suffisant pour amener la guérison complète et dispenser de toute autre intervention.

D'autre part, nous l'avons dit plus haut, la colpotomie n'a pas du tout la prétention de supprimer complètement une deuxième intervention plus radicale. Tout au contraire, elle contribue dans ce cas à refroidir la lésion, à faire regresser les phénomènes aigus, à gagner du temps, jusqu'au jour où la laparotomie suivie d'extirpation devient l'opération idéale, l'intervention radicale, alors quelle est facile pour le chirurgien et sans danger pour la malade.

Certes, on peut trouver dans la littérature un certain nombre de colpotomie, où cette opération n'a pas donné de résultats; mais si on examine ces observations relatant des échecs et des accidents, nous voyons qu'ils

sont dus à une méthode plus ou moins bonne, plus ou moins recommandable, ou à la gravité de l'affection et non à la colpotomie elle même, qui n'a jamais eu la prétention de drainer par exemple une péritonite généralisée.

Donc, en résumé, on peut dire que la colpotomie, dans le cas de suppuration plus ou moins hautement situées, mais médianes, de date assez récente, qui ne présentent pas encore une coque épaisse et dure, est une bonne opération, acceptable dans un bon nombre de cas, et dont les avantages sont :

La bénignité (très important chez une malade fatiguée).

L'efficacité, dans un grand nombre de cas, suffisante pour amener une guérison.

Enfin, c'est une opération *conservatrice*, appréciable chez les jeunes femmes.

Voici une observation à ce sujet.

OBSERVATION IV. — M^{me} T. Hélène, 30 ans, entre dans le service le 31 janvier 1933, pour une pelvi-péritonite consécutive à un avortement suivi de curetage.

A l'examen, l'abdomen est très sensible, surtout dans sa partie supérieure.

Au toucher vaginal, on trouve une masse postérieure haute, ne bombant pas dans le Douglas. En outre, la malade présente des signes de rectite glaireuse, état général assez touché, température à 39°,5. On décide une colpotomie postérieure qui est faite sous anesthésie générale au kélène.

Après incision du cul-de-sac postérieur, on pénètre dans une vaste cavité rétro-utérine, dans laquelle on ne trouve que très peu de pus, mais la pression abdominale fait sourdre par le rectum des glaires purulentes. On pense donc que la

collection a été évacuée spontanément par le rectum. Drain en T. Le lendemain, température à 37°5. Guérison en sept jours.

Une deuxième éventualité peut se présenter. On est en présence d'une collection *haute*, plus ou moins ancienne, à coque dure épaisse *non médiane*, mais plutôt postéro-latérale. Ce sont dans l'immense majorité des cas de grosses poches de salpingite chronique, fixée en haut par de nombreuses adhérences et qui ont subi une poussée aiguë ave pelvi-péritonite. Si, malgré le traitement médical, en premier lieu glace et vaccinothérapie, l'état général s'aggrave, la température, le pouls, la rétention d'urine deviennent inquiétants, la question de l'intervention se pose. Faut-il dans ces cas intervenir par voie basse, c'est-à-dire faut-il faire une colpotomie postérieure qu'on latéralisera ensuite?...

Nous croyons que si ce cas se présente, ce qui heureusement est assez rare, la colpotomie est franchement contre-indiquée, car elle pourrait provoquer des catastrophes.

Nous avons pu avoir plusieurs observations de ce genre d'interventions qui, malgré la plus grande prudence et la meilleure technique, ont donné un grand nombre d'accidents toujours assez graves pour permettre de dire qu'elle est déplorable. Dans le service de notre Maître le D^r Roux-Berger nous avons pu suivre un cas typique. Un cas analogue était relaté par un des maîtres de la Chirurgie Française.

Enfin, un cas personnel du D^r Jourdan, qu'il a bien voulu nous donner et que nous relateront un peu

plus loin, est caractéristique et extrêmement instructif.

En effet, ce qu'on a dit à propos de la colpotomie latérale dans les suppurations basses peut parfaitement bien s'appliquer ici. Le danger est le même et, de plus, on risque, en outre la blessure de l'uretère, d'une artère ou du grêle, de faire éclater la collection dans la cavité péritonéale. Cette opération est pour ainsi dire aveugle. Il n'y a plus de points de repaires capables de nous guider et l'utérus, si important en cas de collection médiane, perd toute sa valeur de fil conducteur quand on se hasarde sur les côtés. Voici une malade opérée dans le service et qu'on pourra prendre comme type.

M^{me}. X..., 40 ans. Très volumineux pyosalpinx gauche post-abortum. On lui fait deux fois trois injections de propidon sans résultat. La tuméfaction semble grossir. La température est à 39°. Apparition de signes de réaction péritonéale, avec tension abdominale, douleurs, vomissements, etc...

On dit à ce moment qu'il y a menace de rupture et on décide une intervention par voie basse.

Opération : Anesthésie générale à l'éther. Colpotomie postérieure large. Repérage au doigt du pôle inférieur de la masse.

On tente d'ouvrir la collection, qui paraît avoir une coque dure, avec un clamp mousse et courbe. A ce moment, l'aide qui fixe la tuméfaction à travers la paroi abdominale, déclare qu'il ne sent plus rien.

En effet, au palper bi-manuel, on ne perçoit plus qu'un empatement diffus. On pense alors que le pyosalpinx s'est rompu dans la cavité abdominale.

On intervient immédiatement par laparotomie. On ne trouve pas de pus, car le bassin est complètement bloqué par un diaphragme pathologique, qui a empêché l'inondation de la grande cavité péritonéale.

Retour à la voie vaginale après quelques manœuvres, rendues plus hardies par la certitude d'une barrière supérieure, on arrive à trouver le pus. Drain en T. Amélioration rapide.

La malade sort après un mois. Six mois après, hystérectomie subtotale, au cours de laquelle on constate l'existence d'une fistule tubo-sigmoïdienne. Guérison simple.

Quel est l'opinion des auteurs étrangers sur les indications de la voie à suivre en cas de collection pelvienne?

Hermustein de Breslau dans son article de 1924 dans la *Deut. Med. Woch* écrit : l'étiologie, la genèse et la localisation d'une collection pelvienne aiguë est absolument indifférente. Ce qui importe c'est de ne pas laisser se former des abcès énormes et surtout de savoir si cette collection est énucléable ou non par la laparotomie. Il se base sur la statistique de la Frauenklinik de Breslau, qui lui a permis d'obtenir des résultats excellents.

Ces indications données par lui sont :

1° Les para ou périmétrites suppurées;

2° Les phlegmons du ligament large ou même la simple inflammation avec un œdème de ce ligament.

Ici l'incision ne ramène pas toujours du pus, mais simplement de la sérosité ou parfois rien; malgré tout, l'incision fait diminuer la tension et draine l'œdème, la guérison s'obtient rapidement et sans gros dégâts.

3° Toutes les collections aiguës non diagnostiquées du Douglas;

4° Les collections tubaires aiguës menaçantes.

Il se sert pour l'exécution d'une pince trocart et dit ne jamais avoir eu d'accidents, de blessures intestinales,

et n'avoir dû intervenir que deux fois pour des accidents hémorragiques.

En cas de suppuration étendue, le drainage par voie abdomino-vaginale est excellent et très indiqué.

Enfin, au cas où la pelvi-péritonite gagne la grande cavité péritonéale, la colpotomie sera encore un très précieux adjuvant de drainage supplémentaire.

Doderleine est du même avis et propose de la faire dans toutes les péritonites comme voie de drainage supplémentaire.

Lucasa Val dans le *Siècle Médical* dit que toutes les critiques formulées contre la colpotomie sont injustes et que cette voie est excellente. Que pourra-t-on faire d'autre quand on est en présence d'une collection aiguë toujours très virulente.

Faut-il recourir à la voie abdominale quand la colpotomie est possible?

W. Halladay de New-York dans son article : « Traitement des infections pelviennes chez la femme, donne une statistique très intéressante sur les différentes voies des suppurations et leurs différentes étiologies.

La colpotomie lui a donné d'excellents résultats sans mortalité et avec seulement 10 p. 100 d'incidents.

La technique de Hermustein à la pince trocart, malgré ses résultats, paraît dangereuse. En France, c'est Laroyenne qui l'avait proposé déjà il y a environ 40 ans et les résultats, vu la fréquence des accidents, ont obligé les chirurgiens à la modifier. Il est recommandable de se servir, comme on l'a dit plus haut, d'une

longue pince mousse et courbe. Les résultats sont aussi bons avec moins de risques.

En ce qui concerne l'étiologie de la suppuration, elle n'est pas aussi indifférente que le dit Hermustein, ce que nous allons montrer un peu plus loin, à propos de l'avenir des colpotomisées.

Après avoir vu les indications et les différents abords par voie basse ou colpotomie, il nous reste à voir rapidement une question d'une extrême importance.

Quel est l'avenir de ces colpotomisées ?

Messieurs Desmaret et Benoit ont publié dans le *Gyn. et Obst.* de juin 1932 un article extrêmement intéressant et instructif à ce sujet « l'avenir des colpotomisées ».

Enfin Ripert dans sa thèse « Contribution à l'étude des indications de la colpotomie et de ses résultats éloignés » fait un travail très complet sur cette question. On peut dire que l'avenir d'une colpotomisée était représenté jusqu'à ces derniers temps, comme assez sombre, et comme exemple on pourra citer les articles de :

R. Wharton (dans *Arc. of Surgery* 1921) où il publie une statistique sur 462 colpotomies et conclue à la valeur curative de cette opération dans 25 p. 100 des cas seulement. Dans les autres on est intervenu plus ou moins tard par laparotomie.

Lecène et Leriche (dans la *Thérap. Chirur.*) écrivent : la colpotomie est une bonne opération d'urgence, mais il faut savoir qu'elle n'a qu'exceptionnellement une valeur curative ».

Des différentes statistiques résultent qu'il y a des malades auxquelles on est contraint de faire un certain temps après la colpotomie, une opération radicale par laparotomie. Mais il y en a d'autres qui, après colpotomie, guérissent complètement et définitivement.

D'où vient donc la différence de ces résultats et de quoi relève l'échec de la colpotomie?

Il faut dire que cet échec vient principalement de l'état anatomique des lésions qu'elle se propose de guérir.

Dans certains cas la colpomie s'adresse à un phlegmon du ligament large, ou à une cellulite sous péritonéale.

Ici rien de plus indiqué et de plus facile qu'une colpotomie bien faite et tout va rentrer dans l'ordre. Mais ce n'est pas de même quand il s'agit d'autres collections qui sont situées dans le péritoine.

Ici il faut distinguer deux cas bien différents par leur évolution et leur pronostic.

- 1° La pelvi-péritonite suppurée et enkystée ;
- 2° Certaines salpingites ou ovarites suppurées.

Dans les premiers cas les résultats sont excellents et l'avenir se présente sous les meilleurs augures.

Le pronostic dépendra essentiellement de la lésion causale. Mais les abcès péritonéaux primitifs sont en effet très rares. Un exemple typique pourra être fourni par l'hématocèle suppurée. Ici la colpotomie évacue toute la collection et la guérison est définitive. De même on pourra dire que la chose est identique pour quelques annexites avec lésions anatomiques minimales. Mais si la

lésion annexielle est plus importante, la colpotomie pourra refroidir ou même guérir une complication péritonéale, si l'on sait attendre le temps nécessaire parfois assez long.

Voici une observation publiée par M. Desmaret qui est très démonstrative.

OBSERVATION. — Une femme âgée de 43 ans qui a présenté douze ans auparavant une salpingite, est brusquement prise en 1925 d'une violente crise pelvienne, dont la guérison obtenue par le simple repos, semble persister jusqu'en novembre 1926.

A ce moment, nouvelle crise de pelvi-péritonite. En quelques jours se forme une grosse collection dans le Douglas qu'on ouvre par colpotomie. Après l'opération, la température tombe brusquement à la normale, l'état général est bon. Après dix jours, le drain est retiré et en peu de temps, la suppuration est complètement tarie.

Les mois passent, la malade garde le lit et l'état local s'améliore. Les deux masses salpingiennes diminuent progressivement de volume. Jusqu'en mars 1927, la malade est obligée de garder la chaise longue. Il persiste à gauche une masse légèrement sensible. L'utérus légèrement rétroversé tend à se mobiliser, il est encore un peu douloureux. Cette malade pourrait guérir médicalement, mais lasse de cette vie, elle demande une opération radicale.

La laparotomie a permis de constater après trois ans l'état des organes. L'utérus est rétroversé et assez adhérent. A gauche, trompe d'aspect blanchâtre, épaissie, dont l'extrémité occupe le cul-de-sac postérieur. On la libère très facilement. Tout donne l'impression qu'il y a peu de lésion et qu'aucun organe n'a été intéressé par la colpotomie. La poche purulente d'origine tubaire

gauche était collectée entre l'utérus, le fond du Douglas et la trompe gauche.

C'est un cas typique d'abcès du cul-de-sac de Douglas d'origine tubaire, mais collecté en dehors des annexes.

Il n'en est pas de même quand la colpotomie ouvre une poche salpingienne. Dans le premier cas la paroi de l'abcès était formée par une barrière improvisée par l'inflammation, capable de se rétracter. Dans le second la paroi résiste et la poche ne peut pas se rétracter. Une fistule peut se produire semblable à celles qui se forment quand un kyste suppuré s'ouvre à la paroi abdominale.

Un facteur qui a aussi son importance sur l'évolution, est le drain. Si le drain est laissé trop longtemps, il entretient la suppuration, au contraire si on l'enlève trop tôt on risque la récurrence.

Donc le pronostic est surtout lié à la lésion causale, mais le diagnostic exact est souvent extrêmement difficile et, dans ce cas, M. Desmaret recommande de faire au cours de la colpotomie une exploration complète du petit bassin afin de préciser son diagnostic, *donc de pouvoir formuler un pronostic.*

Ainsi l'analyse minutieuse des symptômes avant la colpotomie, les renseignements recueillis au cours de l'intervention elle-même et enfin les suites opératoires permettront de prédire dans une longue mesure l'avenir de ces malades.

En résumé, la colpotomie est souvent dans les cas de collections intra-péritonéales une méthode d'urgence

et en même temps une opération palliative, mais dans un bon nombre d'autres cas elle peut amener une guérison complète et définitive.

Les opérations secondaires sont souvent trop hâtives, soit à cause des malades, soit à cause du médecin lui-même et on ne saurait trop insister sur l'efficacité du traitement non sanglant si l'on sait attendre le temps nécessaire, attente qui serait souvent récompensée par la guérison physiologique. Quand aux fistules et récidives qui ont été souvent observées, elles sont dues la plupart du temps à ce que l'incision du cul-de-sac n'était pas parfaitement indiquée, ou bien elles se voient dans les cas bien déterminés où la colpotomie est une opération de nécessité et dont l'effet curateur n'est attendu par personne.

On pourra fournir quelques chiffres éloquentes sur l'efficacité de cette petite intervention, que voici :

Gouilloud a revu 16 malades complètement guéries.

Howard A. Kelly, sur 65 cas, en a 32 de guérison.

Reynier, 20 guérisons sur 56.

Hartman, 19 sur 23.

Mangin, sur 35 cas d'infection graves, a eu 32 guérisons et 91 sur 122 cas légers.

J. L. Faure a aussi un grand nombre de résultats excellents.

Vincent parle de 80 cas de guérison durable.

Rodriguez dans sa thèse rapporte 27 cas de Tuffier avec 20 guérisons persistantes.

Morelysur, 31 cas de Chaput, a retrouvé 19 femmes définitivement guéries.

Ces chiffres sont éloquentes, surtout quand on pense que cette petite intervention, qui ne fait courir aux malades que de risques très faibles, n'empêche pas plus tard, en cas de récurrence, de recourir à volonté, soit à l'hystérectomie vaginale, soit à la laparotomie; ces opérations complémentaires ont été nécessitées par la persistance des accidents et d'ailleurs sont facilitées et rendues beaucoup moins graves par l'amélioration locale et générale, que la colpotomie a produit.

En tout cas, si cette opération a guéri souvent des malades gravement atteintes, elle semble ne leur avoir nuit que rarement.

LA VOIE HAUTE OU ABDOMINALE

Après avoir vu les différents abords par voie vaginale, il nous reste à passer à une voie beaucoup moins fréquente; la voie haute ou abdominale. Elle comprend :

1° *La voie para-péritonéale ou illiaque.*

Indication assez fréquente au cours de certaines supurations à point de départ pelvien. Cette opération bénigne, facile, est dans un grand nombre de cas bien déterminés, très efficace et excellente.

2° *La voie intra-péritonéale ou laparotomie.*

Indication ultra exceptionnelle à laquelle il ne faudra recourir que dans des cas extrêmes.

LA VOIE PARA-PÉRITONÉALE OU ILLIAQUE

Nommée par certains auteurs laparotomie sous-péritonéale, dénomination assez impropre, car elle évite justement l'ouverture du péritoine.

La conduite de cette opération est la suivante : après avoir incisé la paroi abdominale au-dessus de l'arcade de Fallope, on chemine dans le tissu cellulaire sous-péritonéale, puis on décolle le péritoine, enfin on assure

un bon drainage. C'est ce que Bardenheur appelait l'incision extra-péritonéale.

Cette méthode a été proposé pour la première fois par Hegard, puis Pozzi en 1886 a attiré sur elle l'attention de la Société de Chirurgie, enfin Bardenheur a fait plusieurs communications sur ce sujet. Depuis des publications ont été faites par Quenu, Dumas, Houzel, Terillon et d'autres.

L'incision illiaque était employée par ces auteurs pour le traitement de certaines suppurations, mais parfois aussi pour le diagnostic. Terillon, grand partisan de cette voie, disait : « Cette méthode thérapeutique doit être mise en usage non seulement dans les cas de suppurations évidentes, mais aussi dans les cas douteux, alors qu'on est obligé d'aller à la recherche du foyer par une opération préliminaire. »

A l'heure actuelle à cause du progrès, surtout de la vaccinothérapie qui a sensiblement modifié l'évolution des suppurations pelviennes, cette méthode a perdu un grand nombre de ses indications de jadis, mais elle est restée néanmoins, dans d'autres cas bien précis, une opération excellente.

Cette voie est la voie de ligature de l'illiaque externe. Est-elle acceptable dans des cas de suppurations bas situées, comme par exemple les gros phlegmons du ligament large, qu'il est dangereux d'ouvrir par une colpotomie latérale?...

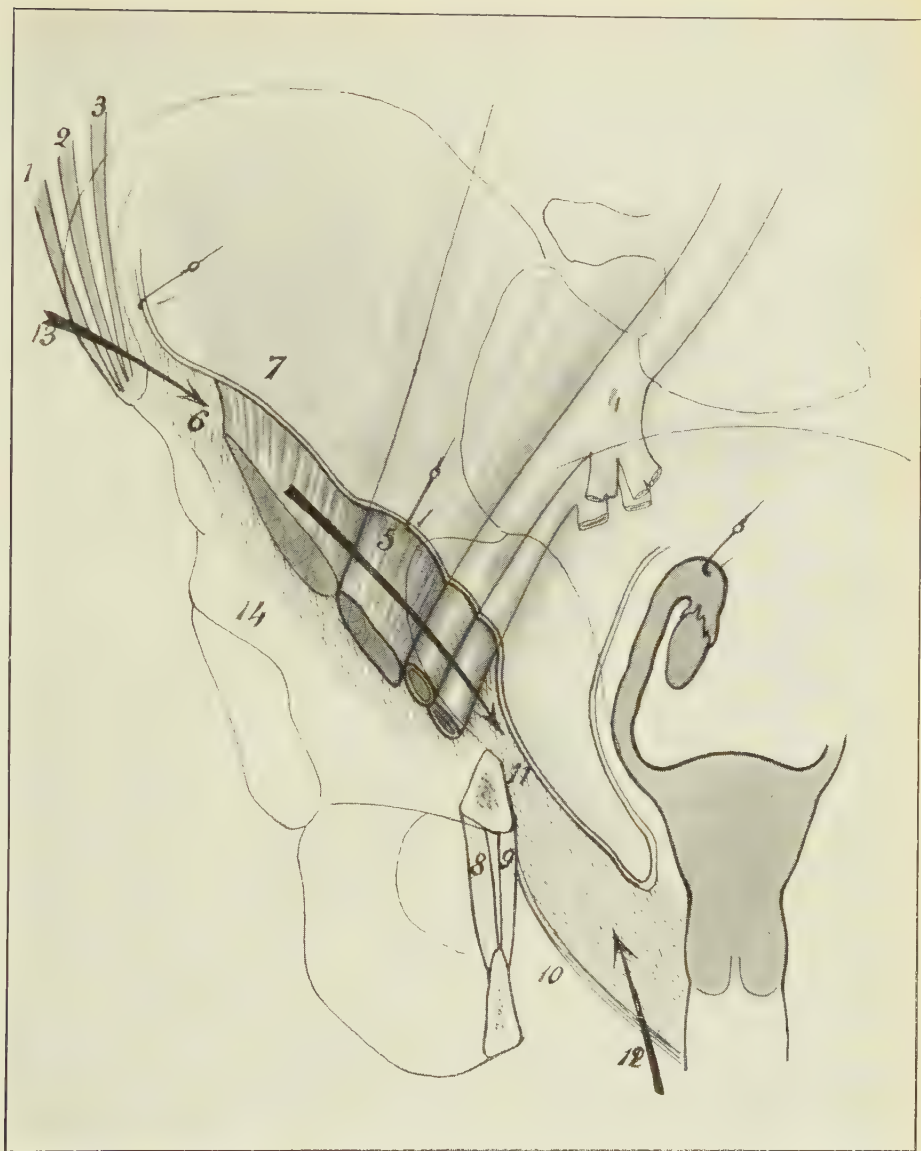
Si on examine la question et si on regarde les différentes observations faites à ce sujet, on arrive à une conclusion assez formelle. On doit rejeter la voie

illiaque en cas de collections bas situées du petit bassin, car l'opération est dangereuse et, dans un grand nombre de cas, absolument insuffisante. Si le décollement du péritoine est assez aisé sur un sujet sain, ou en cas de collection haute, il ne sera plus faite avec la même facilité en cas d'abcès pelvien. Il est certain qu'autour de ces collections pelviennes le tissu cellulaire sous péritonéale est plus ou moins épaissi, le péritoine est certainement plus ou moins adhérent et au cours de l'opération on le déchire plus facilement qu'on ne le décolle. D'ailleurs, il ne sera jamais possible de drainer une collection basse par l'orifice ainsi créé, car la formation d'adhérences et de brides étant extrêmement rapide, un drain est rapidement coudé et comprimé.

QU'ELLES SONT ALORS LES INDICATIONS DE LA VOIE ILIAQUE ?

Il y a une indication majeure à l'utilisation de cette voie. Nous voulons parler des phlegmons pelviens qui sortent du petit bassin et remonte le long de la gaine hypogastrique. Ils envahissent ainsi la partie profonde de la fosse iliaque où ils trouvent un espace propice à leur développement : l'espace de Bogros que nous avons décrit plus haut.

C'est pour cette variété de phlegmons que la voie para-péritonéale est indiquée. C'est dans ces cas une opération excellente, très facile, entraînant très peu de dégâts et qui permet une ouverture large de la collection, un drainage facile, et qui a toutes les chances de réussir.



Coupe montrant la diffusion des collections pelviennes vers la fosse iliaque et leur drainage.

1. Grand oblique de l'abdomen. — 2. Petit oblique de l'abdomen. — 3. Transverse de l'abdomen. — 4. Vaisseaux iliaques externes. — 5. Psoas. — 6. Espace de Bagros. — 7. Péritoine. — 8. Obturateur externe. — 9. Obturateur interne. — 10. Releveur de l'anus. — 11. Espace cellulo-gresseur sous-péritonéal par où les abcès d'origine pelvienne fuseront vers l'espace de Bagros et les fosses iliaques. — 12. Incision pour drainage basse. — 13. Incision iliaque et voie de drainage haut. — 14. Drains appliqués directement sur le paquet vasculaire.

Les collections, qui sont abordables par la voie iliaque, sont le plus souvent consécutives à un phlegmon du ligament large, dans d'autres cas à une cellulite diffuse du petit bassin. Dans le premier cas, l'incision iliaque est presque toujours suffisante, dans le deuxième cas une colpotomie peut précéder ou même suivre l'incision iliaque haute, afin d'assurer un drainage plus large.

Nous insisteront particulièrement sur cette voie, qui, bien que d'abord aisé et connu depuis longtemps, n'est que fort peu utilisée malgré les avantages qu'elle présente.

Ses indications sont presque toujours les mêmes et se présentent le plus souvent de la même façon.

Il s'agit dans la grande majorité des cas, soit d'une femme ayant fait un accouchement septique, ou plus souvent une fausse-couche accompagnée de pelvi-péritonite, soit d'une femme présentant un cancer du col de l'utérus traité par des applications de radium.

Elle se présente avec :

Des douleurs dans le bas ventre;

Une température élevée;

Le T. V. révèle l'inflammation et l'induration des culs-de-sac latéraux;

Plus rarement c'est un syndrome de pelvi-péritonite.

Quoiqu'il en soit, la fausse iliaque est très douloureuse, mais surtout cette douleur est accompagnée d'une large induration de la paroi, celle-ci contracturée donne une sensation d'empâtement, véritable blindage localisé; mais surtout fait très important cette indura-

tion est mate à la percussion, ce qui s'explique fort bien par l'absence d'interposition intestinale.

Donc, sur cet ensemble de signes, induration douloureuse et mate, fièvre, il faut intervenir.

La technique simple et facile est la suivante :

Après préparation du champ opératoire, on incise la peau 1 centimètre ou 1,5 cm. au-dessus de l'arcade crurale, sur une longueur de 7 à 8 centimètres, en repérant le milieu de l'incision sur la ligne de passage de l'artère Iliaque externe.

On tombe ensuite sur l'aponévrose du Grand Oblique, que l'on incise sur la même longueur.

On arrive alors sur le plan du Petit Oblique et du Transverse, dont on dissocie les fibres. Avec un écarteur de Hartman on récline vers l'ombilic le tendon conjoint ou on le sectionne. Par cette brèche, l'espace cellulo-graisseux de Bogros est découvert, mais présente un aspect pathologique en raison de l'infiltration des tissus.

Le plus souvent la collection est immédiatement découverte. Mais il faut faire toujours une ponction exploratrice qui rendra de grands services.

Un autre cas assez particulier peut se présenter, quand on est en présence d'une collection plus profonde et qu'on atteindra par un décollement prudent du péritoine.

On fera un repérage précis de l'artère et après s'être assuré de son siège exact, on plantera une aiguille d'assez fort calibre, en dehors du vaisseau, dans la partie la plus empâtée ou fluctuante.

Dans l'orifice ainsi créé on introduit une pince de Kocher qu'on ouvre en la retirant, afin d'agrandir suffisamment la brèche.

Après ouverture de la collection on assure son bon écoulement, par la mise en place d'un drain d'assez gros calibre, et, fait capital, ce drain ne sera laissé en place que trois ou quatre jours, car le gros danger est le rapport proche de celui-ci avec le paquet vasculaire. En effet le drain est placé directement sur les vaisseaux iliaque, sans interposition péritonéale. Cette disposition anatomique offre donc plus de danger que dans les drainages des collections du Douglas, ou des appendicites, où l'interposition du péritoine, formant une sorte d'enveloppe supplémentaire aux vaisseaux, les protège davantage de l'ulcération.

Les observations ci-dessous sont typiques et très instructives :

OBSERVATION I. — M^{me} L... Eugénie, 34 ans, entre dans le service de notre maître le D^r Roux-Berger, pour des douleurs violentes du bas-ventre, consécutives à la mise en place d'un laminaire pour une fausse-couche. La douleur est surtout à droite. Température à 39°,8, pouls 120. État général assez grave.

A l'examen, on trouve : un empâtement de la fosse iliaque droite. Légère voussure au-dessus de l'arcade de Fallope. Toucher vaginal : cul-de-sac droit très douloureux. Rien dans le Douglas.

On pratique une intervention par voie iliaque. L'incision est faite immédiatement au-dessus et parallèlement à l'arcade crurale sur une longueur environ de 6 centimètres.

On arrive dans une cavité qui contient environ 150 centimètres cubes d'un pus épais et très fétide. Le lendemain, la

température est à 37°6 et l'état général s'améliore rapidement. Guérison complète après douze jours.

De cette observation, on peut rapprocher celles des suppurations consécutives à une application de radium.

En effet, il n'est pas rare d'observer chez des malades traitées par le radium pour un cancer du col de l'utérus, des poussées thermiques pendant l'application, qui sont le plus souvent le signal d'une infection du tissu cellulaire péri-utérin.

Ces suppurations sont presque toujours dues au streptocoque.

Les observations ci-dessous proviennent de l'Institut Curie, qui a bien voulu les mettre à notre disposition.

Toutes ces malades ont été opérées par notre maître le Dr Roux-Berger.

OBSERVATION DE L'INSTITUT CURIE. — M^{me} C..., 55 ans. Épithélioma du col utérin. Curiethérapie du 25 juin au 4 août 1931 (par le vagin).

Le 5 juillet, quelques douleurs abdominales. A partir de ce moment, la température monte et atteint 40° le 10 juillet.

A la palpation, dans la fosse iliaque droite une masse dure, volumineuse, diffuse, touchant la paroi de la fosse et atteignant en dedans la ligne médiane, douloureuse à la pression.

Le T. V. montre un cul-de-sac postérieur souple, indolore.

Le 18 juillet 1931. Palpation *idem*. Le T. V. montre que la partie inférieure de cette lésion reste trop haute pour pouvoir être atteinte par voie vaginale.

Le 18 juillet 1931. *Opération : incision iliaque droite*. On pénètre dans la région sous-péritonéale, issue d'un verre à bordeaux de pus bien lié, fétide. Parois de cette cavité, irrégulière, tomenteuse, très dure. Drain et mèche.

Le 21 juillet 1931. La température reste à 40° et on découvre une masse dans le Douglas. Colpotomie. Liquide mal lié et fétide.

Le 26 juillet 1931, découverte d'une fistule recto-vaginale.

Le 21 août 1931, température tout à fait normale, quelques gaz par le vagin.

Le 2 octobre 1935. La malade est guérie. Mais éventration au niveau de l'incision iliaque.

M^{me} B..., 49 ans.

Épithélioma du col utérin. Cul-de-sac droit et antérieur effacé et dur. Envahissement du paramètre droit.

25 février 1932 au 1^{er} mars 1932. Curiethérapie par voie vaginale.

2 mars 1932 au 15 mars 1932. Irradiation extérieure.

16 mars 1932 au 21 mars 1932. Irradiation intra-utérine.

21 mars 1933. Apparition de fièvre.

Induration dans la fosse iliaque gauche.

23 avril 1932. Incision par voie sous-péritonéale d'une collection sous-péritonéale : pus blanc bien lié, sans odeur.

(D^r Roux-Berger)

Chute progressive de la température.

7 juin 1932. Petite hémorragie utérine.

17 avril 1933. Écoulement d'urine par la vessie.

12 décembre 1934. Bon état général, bloc fibreux péri-cervical, persistance d'un écoulement d'urine par le vagin, mais très diminué.

M^{me} D..., 41 ans.

Épithélioma du col utérin. Paramètre gauche envahi.

7 février 1935. Début de curiethérapie intra-vaginale.

11 février 1935. Apparition de fièvre, douleurs abdominales et légers ballonnements.

Examen bactériologique d'un prélèvement sur le col : streptocoque non hémolytique. Un bacille protéé, un staphylocoque blanc, la température persistant à 40° avec induration à la partie basse des deux fosses iliaques et surtout à droite, on décide d'intervenir.

23 février 1935. Incision sous-péritonéale droite, d'un volumineux abcès du ligament large, pus bien lié, blanc fétide. Drain.

(D^r Roux-Berger).

Amélioration progressive et disparition des accidents infectieux.

29 mars 1935 au 28 avril 1935. Télécuriethérapie.

29 avril au 9 mai 1935. Curiethérapie utéro-vaginale.

Ces traitements ont été bien supportés.

14 juillet 1935. Guérison apparente.

M^{me} B..., 51 ans.

Épithélioma du col, envahissement du paramètre gauche, ulcération des culs-de-sacs gauches antérieurs.

22 mai 1930. Curiethérapie intra-utérine et vaginale.

27 juillet 1930. Température 39°8.

Apparition progressive d'une tuméfaction au-dessus de l'arcade crurale gauche.

21 juillet 1930. Opération, incision au-dessus de l'arcade crurale gauche décollant du péritoine ; on ne découvre pas de pus, on traverse des tissus indurés d'où sort un peu de sérosité en s'aidant du toucher vaginal, on arrive à ouvrir une collection médiane de pus franc sans odeur (streptocoque).

12 août 1930. Température normale, on recommence une curiethérapie vaginale et utérine.

Après une amélioration certaine, récidive et décès le 5 janvier 1933.

M^{me} G..., 35 ans.

Épithélioma du col, cul-de-sac gauche et paramètre gauche envahis.

10 février 1931. Curiethérapie intra-utérine et vaginale.

18 février 1931. Température 39°, on cesse l'application. Apparition progressive dans la fosse iliaque gauche d'une tuméfaction.

28 février 1931. Opération (D^r Roux-Berger) par voie sous-péritonéale gauche, ouverture au-dessus de l'arcade crurale d'une collection de pus non fétide.

17 mars 1931. La température étant redevenue normale irradiation par voie extérieure.

Réapparition de la fièvre qui nécessite l'arrêt de l'irradia-

tion ; altération progressive de l'état général après une période d'amélioration, repullulation locale.

Février 1932. Décès.

Comme nous l'avons vu plus haut, la voie iliaque est une voie d'une exécution facile, non dangereuse et qui donne, quand les indications sont bien posées, des résultats excellents. Mais il faut avouer que, malgré toutes les précautions prises, on peut observer quelques rares incidents, voire même parfois des accidents graves, difficilement évitables.

Ces accidents surviennent, soit quand les lésions sont déjà trop anciennes, trop avancées, atteignant les organes de voisinage, soit quand l'intervention est le résultat d'un diagnostic erroné et les accidents sont alors une conséquence presque fatale.

Nous donneront trois observations personnelles du D^r Jourdan, qui est intervenu par cette voie dans un bon nombre de cas et qui a obtenu des résultats remarquables, sauf dans ces trois cas où les accidents se sont produits plus ou moins tard après l'intervention.

Dans le premier cas, il s'agit d'une malade qui était soignée pour un phlegmon du ligament large, *post abortum*.

C'est une femme de trente ans, présentant une température à 39°, des signes de subocclusion, une induration du Douglas et *une grosse masse iliaque droite*. Donc des signes de pelvi-péritonite associé.

On lui fait une incision iliaque, à l'anesthésie locale, qui donne une énorme quantité de pus (environ 600 grammes). Aucune difficulté aucune hésitation au

cours de l'intervention. Au troisième jour, apparition d'une *fistule*. Écoulement énorme par cette fistule. Presque pas de selles par le rectum. Autour de l'incision, la peau est très altérée. Amaigrissement de plus en plus marqué. Après un mois, la malade est presque cachectique, mais on ne se décide pas à réintervenir.

Au quarantième jour, brusquement sans cause, ni raison, la fistule se referme et les selles apparaissent par le rectum.

Cette observation très curieuse pourra s'expliquer par le fait qu'il eut probablement adhérence préalable d'une anse grêle, expliquant en même temps les phénomènes de subocclusion.

La deuxième observation est celle d'une bretonne de vingt-cinq ans venue à Paris depuis six mois et qui présente une énorme tuméfaction inflammatoire pelvienne avec *placard iliaque droit*. La température est à 38°,5, l'état général très bon. Il n'y a pas d'antécédents puerpéraux.

On décide une intervention par voie iliaque droite, qui se passe sans incidents. L'incision donne issue à une quantité de pus sans caractère particulier et non fétide.

Après l'intervention la température persiste. Fléchissement de l'état général. Après trois semaines, signes d'occlusion. Incision exploratrice par Mac Burney à la locale. On trouve une *tuberculose péritonéale diffuse*.

Donc erreur de diagnostic et d'indication. Il s'agissait certainement d'une *pelvi-péritonite tuberculeuse*.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agit d'une femme

Mad. L'..., trente-quatre ans, présentant une très vieille salpingite et qui brusquement fait une crise aiguë.

On essaie deux fois la vaccinothérapie sans aucun résultat.

Cette malade est vue le trentième jour par le D^r Jourdain, avec un état général très mauvais.

Elle présente une énorme tuméfaction inflammatoire pelvi-abdominale, avec prédominance dans la région iliaque gauche, inaccessible par une colpotomie postérieure.

On décide d'intervenir par une incision iliaque gauche.

Ouverture difficile, dans des tissus œdématiés, méconnaissables.

On trouve du pus et du liquide séreux en grande quantité.

Le lendemain, on constate *que la vessie a été ouverte*.

Sondes à demeure et lavages vésicaux.

Fermeture de la plaie vésicale en dix-sept jours

Hystérectomisée après quatre mois, la malade est revue un an plus tard et en excellente santé.

Il n'est pas exceptionnel de voir après ouverture par voie iliaque d'une collection venant du petit bassin et s'extériorisant au-dessus de l'arcade de Fallope, la non rétrocession des phénomènes généraux. Cela signifie bien souvent que la partie inférieure de la collection se draine mal et qu'il y a rétention dans le bassin. Dans ce cas, il est tout indiqué de faire une colpotomie, car elle est, même chez une malade fatiguée, peu choquante, et surtout elle drainera toute la partie déclive

du petit bassin pour laquelle la voie iliaque était insuffisante.

Voici l'exemple d'une malade du service :

M^{me} E. Sim..., 24 ans, entre dans le service pour des douleurs très violentes du bas ventre, consécutives à une manœuvre endo-utérine. Température 40°, état général très grave. A l'examen, on trouve une défense musculaire de la fosse iliaque droite, qui est ee même temps empâtée sur une étendue d'une grande paume de main au-dessus de l'arcade crurale.

Toucher vaginal : douleurs dans le cul-de-sac latéral droit et dans le Douglas, qui paraissent cependant libres.

On décide une intervention par voie iliaque le 29-XII-34.

A l'incision, on tombe sur une vaste cavité contenant du pus fétide. Nettoyage de la cavité et mise en place d'un gros drain.

Le 9-1-35 la température est toujours à 40°.

État toxi-infectieux grave. Le Douglas est extrêmement douloureux. On décide de pratiquer une colpotomie qui laisse écouler une grande quantité de pus. Drain en T.

Les jours suivants la température baisse à 37°8, 38°2.

Le 26-1-35. Rétention. On agrandit au doigt les deux orifices, iliaque et vaginale qui sont obstrués par des fongosités.

On arrive à faire communiquer l'incision inguinale avec la colpotomie agrandie au doigt. On place un drain entre les deux orifices, deux tubes à irrigations. Guérison en trois semaines.

C'est cette double incision qu'on appelle le drainage abdomino-vaginal.

Il arrive parfois qu'un phlegmon ouvert par la voie iliaque doive-être incisé secondairement par le vagin, et que réciproquement une colpotomie doive se compléter par une incision iliaque.

Il y a donc lieu de se demander s'il est toujours suffisant de faire l'une ou l'autre de ces deux incisions et s'il ne faut pas dans certains cas recourir d'emblée à cette double incision et faire un drainage abdomino-vaginal.

C'est déjà en 1878 que Gillette a attiré sur cette question l'attention à la Société de Chirurgie et qu'il a conclu en faveur du drainage abdomino-vaginal.

Goodell, dans le *Méd. Rec.* du 29 septembre 1885, publie un article et se montre lui aussi partisan de cette méthode.

Il conclut qu'un abcès ouvert par la voie haute doit immédiatement être contre-incisé par le vagin, afin d'assurer un drainage plus parfait.

Lawson Tait et Fenger sont pourtant d'avis contraire.

Enfin P. Delbet, lui aussi se basant sur un grand nombre de cas, pense que la contre-incision vaginale n'est pas nécessaire au cours de l'intervention, mais que, si au cours du traitement ultérieur, il y a persistance ou reprise de la température et accumulation de pus dans le cul-de-sac, l'incision vaginale est une bonne opération permettant un drainage plus large et plus complet de la collection.

Le drainage abdomino-vaginal a pourtant ses indications précises et formelles.

Ce sont ces cas où la collection abordable par voie iliaque descend très bas dans le petit bassin et n'est séparée du vagin que par une couche assez mince de tissu. Dans ce cas, le clapier est profond pour pouvoir

se vider par en haut et c'est ici que la contre-incision vaginale trouve toutes ses indications.

Au point de vue de la technique, il est, par contre, bien dangereux de faire l'ouverture vaginale par en haut avec un trocart, comme il est indiqué par les anciens auteurs. Il est préférable de faire une bonne colpotomie par voie basse qui assure un meilleur drainage et surtout est beaucoup moins dangereuse, évitant surtout la blessure de la vessie, qui est l'accident le plus fréquent quand on manipule un trocart.

Nous avons vu qu'un certain nombre de suppurations sous péritonéales, qui remontent du petit bassin, peuvent être abordées par voie iliaque.

Mais il existe d'autres suppurations infiniment plus rares, siégeant dans la cavité péritonéale et se fixant par des adhérences en un point de la paroi abdominale. A ce niveau, la peau rougit, devient plus mince et menace de s'ouvrir.

Ce sont dans un grand nombre de cas, des ovarites ou salpingo-ovarites suppurées, plus rarement des kystes infectés en voie de suppuration.

Ces abcès peuvent être traités comme les collections sous-péritonéales, car leur coque et la formation d'adhérences les séparent complètement de la cavité séreuse.

Il est très fréquent de les voir se placer au niveau de l'une des fosses iliaques, au-dessus de l'arcade de Fallope; mais on en a décrit siégeant en des points très divers de la paroi.

Ici tout se résume en une incision large et un bon

drainage. Un grand nombre d'observations a déjà été publié, en voici une signée de Lise dans les *Ann. Gyn.* qui est très caractéristique.

M^{me} F..., 39 ans. Le 25 juin douleurs dans l'aîne.

Le 17 juillet, obligée de s'aliter. Toujours bien réglée. Peu de pertes blanches.

Palpation : Dans la fosse iliaque droite tumeur du volume du poing, mobile dans les deux sens. Le 25 juillet, fièvre. La tumeur est devenue plus élastique.

Toucher : Col normal, utérus mobile, non douloureux. Rien dans les culs-de-sac vaginaux. Toucher rectal : O.

Le 5 août, le toucher rectal permet d'atteindre une masse très haut située. On diagnostique une tumeur ovarienne.

Le 7 août, fluctuation de la tumeur, qui est fixée à la paroi.

Incision au-dessus de l'arcade de Fallope. Flot énorme de pus extrêmement fétide. Drainage, lavage tous les jours.

Le 30 août la plaie est fermée. Guérison rapide.

Après avoir étudié successivement les collections directement abordables, puis, parmi d'autres non directement abordables, celles qui sont justiciables de la voie haute sous-péritonéale; il nous reste peu de choses à dire sur les collections aiguës pour lesquelles on est obligé de recourir à la laparotomie. L'emploi de la laparotomie pour traiter les collections pelviennes est due à Lawson Tait, qui publia les six premières observations en 1880, dans la *Médico-Chir. Trans.* A la même époque, Baumgartner publie lui aussi une observation. Vers 1885, L. Tait avait déjà fait 30 laparotomies pour drainage d'abcès pelviens. Il cite ces chiffres dans une statistique, mais sans donner une description de ses observations.

La laparotomie parassait à cette époque se généraliser en Amérique, où elle faisait le sujet d'importantes communications de Fenger à la *Gynecological section of the American Association*, puis d'une discussion à la Société gynécologique de Chicago. En France, la laparotomie pour les abcès pelviens ne fut employée que plus tard.

Terillon écrivait dans le *Progrès Médical* du 24 décembre 1887, qu'il croyait être le premier en France à avoir ouvert des collections pelviennes par cette voie.

Il donne même trois observations, qui ont été publiées dans la thèse de Malhere.

P. Delbet publie, dans *Le traitement des suppurations pelviennes chez la femme*, une statistique sur des collections traitées par laparotomie. Il donne :

1° 11 cas de pelvi-péritonite avec 9 guérisons et 2 morts, consécutives pour la première à une perforation intestinale secondaire, et pour la deuxième à la rupture de la poche pendant l'opération, avec péritonite.

2° 10 cas d'hématocèles suppurées avec 10 guérisons ;

3° 6 cas de phlegmons, avec 4 guérisons, et 2 morts ;

4° 1 cas d'abcès indéterminé guéri.

Soit en tout, 28 cas avec 24 guérisons et 4 morts, ce qui est une proportion assez satisfaisante, si l'on songe qu'il s'agit dans la majorité des cas de suppurations graves.

Un certain nombre de chirurgiens utilisaient la laparatomie :

1° Pour des pelvi-péritonites suppurées et parmi ceux-ci nous citerons : Buckmaster, Chapman, Eastman, Griffith, Munde, Quenu.

2° Pour des hématoécèles suppurées, et nous pourrions nommer : Lawson Tait, Duncan, Clinton Cushing.

3° Enfin, d'autres pour des phlegmons, comme : W. E. Moseley et A. F. Erich.

A l'heure actuelle, cette voie est complètement rejetée des chirurgiens, car il est tout naturel, en cas de collection pelvienne aiguë, de donner la préférence à la voie basse ou iliaque, plus facile et moins dangereuse que la laparotomie. Donc, c'est à ces deux dernières qu'on doit recourir, naturellement dans la mesure du possible, et ce n'est que dans des cas ultra-exceptionnels, quand on ne peut pas faire autrement, que l'on utilisera la laparotomie.

Ainsi, lorsque la voie iliaque ou la voie basse sont impossibles à utiliser en présence d'une collection trop haut située et latérale, comme nous en avons parlé à propos de la colpotomie haute latéralisée.

Ces collections sont dans l'immense majorité des cas des poches salpingiennes, qui, malgré le traitement médical, continuent à évoluer et mettent en danger les jours de la malade. On doit donc intervenir et intervenir par laparotomie. Nous croyons que c'est le seul cas où on doit recourir à cette opération d'exception, au cours des suppurations aiguës, mais ce n'est certes pas l'intervention idéale, étant donné le danger que l'on fait courir au péritoine.

Nous n'insisterons pas sur la technique classique de

la laparotomie, nous voulons seulement mettre en relief la nécessité de protéger par tous les moyens possibles le péritoine contre une éventuelle rupture de la poche au cours de l'intervention. On tâchera d'arriver à ce but :

1° Par la mise en place de nombreux champs abdominaux ;

2° Par une aspiration complète de la poche suppurée.

Et ce n'est qu'à ce moment que l'on peut tenter l'extirpation de la poche si celle-ci est facile. Mais si la moindre difficulté se montre, on se contentera de l'aspiration et on terminera par la mise en place d'un Mickulicz, laissant pour plus tard l'intervention radicale.

CONCLUSION

En résumé, les collections pelviennes chez la femme peuvent être drainées par deux voies :

1° Voie basse;

2° Voie haute.

I. LA VOIE BASSE connue par tout le monde se subdivise elle-même en :

Colpotomie postérieure, la plus employée. Si sa valeur est indiscutable pour les collections basses, elle est également bonne pour les collections hautes, mais médianes, dangereuse en cas de collections hautes latérales.

Colpotomie antérieure, qui, bien que très faisable, est rarement pratiquée à cause de la rareté de ses indications.

Colpotomie latérale, qui est une mauvaise opération que l'on doit rejeter le plus souvent possible.

II. LA VOIE HAUTE beaucoup moins connue se subdivisant en :

A. *Voie sous-péritonéale*, excellente pourvu que les conditions en soient bien posées.

Voie pas assez connue, pas assez utilisée. C'est pourquoi nous nous sommes davantage étendus sur elle, au cours de cette thèse.

Ses indications sont d'un diagnostic facile ;

La technique est aisée ;

Ses résultats excellents ;

Les accidents et incidents en cours d'opération sont quasi nuls.

Au cours des suites opératoires, le seul danger est représenté par la situation du drain au voisinage des vaisseaux, ce qui peut-être facilement évité par un drainage correctement situé et surtout pas trop prolongé.

B. *Enfin la laparotomie* est une intervention de nécessité, d'urgence, quand les autres moyens sont inutilisables à cause de la situation de la collection.

Aussi avons-nous particulièrement insisté sur les précautions à prendre au cours de l'intervention.

VU :

Le Président de Thèse :

GRÉGOIRE

VU :

Le Doyen de la Faculté :

ROUSSY

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ASHBY. — The origin and treatment of pus accumulations in the female pelvis. (*Maryland med. J.*, XXII, 1889-1890, p. 61.)
- AUBEAU (A.). — *Des suppurations pelviennes ayant leur source dans l'appareil génital de la femme.* (Paris, 1891, in-8°.)
- BAILLIS. — Les suppurations pelviennes et leur traitement par l'hystérectomie vaginale. (*Thèse*, 1929, M. Vigné, édit., Paris.)
- BERGESIO. — La colpotomia posteriore. (*Giorn. di Ginecol. e di pediat.*, Torino, 1902, II, p. 297.)
- BIRNBAUM. — Ueber Beckenexsudate. (*Franenarzt*, IX, 1894, p. 249-302.)
- BROTHERS (A.). — Pelvic inflammation in the female. (*N. Y. med. J.*, LXXIV, 1901, p. 964.)
- CANTIN (F.). — Des lymphangites péri-utérines non puerpérales. (*Thèse de Paris*, 1889, in-4°.)
- CHIFOLIAN MOYSE (P.). — Ponction du Douglas et colpotomie exploratrice dans le diagnostic de l'hématocèle rétro-utérine. (*Progrès Médical*, p. 1925-1926, 12 novembre 1932.)
- CHUECO (A.). — Method to expose uterus in operations of conservative surgery made by colpotomy use of new surgical forceps. (*Bol. Soc. de obstet. y. ginec.*, 21 novembre 1929, p. 413.)
- CHAVIGNY (C. N.). — Pus collection in the pelvis. (*Med Recorder* I, 904, p. 58.)
- CULON (L. A.). — Marche comparative des abcès par perforation intestinale et des abcès puerpéraux de la fosse iliaque. (*Thèse de Paris*, 1878, in-4°.)
- CULLINGWORTH (C. J.). — On pelvic abscesses. (*Lancet*, 1893, 2, p. 1103.)
- CURTIS (A. H.). — Chronic pelvic infections. (*Surg. gynec. obst.*, XLIII, 1926, p. 6.)

- DELBET (F.). — *Des suppurations pelviennes chez la femme.* (Paris, 1891, in-8°.)
- DESMAREST-BENOIT (H.). — L'avenir des colpotomisées. (*Gynec. et Obstet.*, 25 : 433-439, June 1932.)
- DEZON (P. G.). — De la gynécologie conservatrice dans les affections inflammatoires pelviennes. (*Thèse de Bordeaux*, 1897, in-8°.)
- DOLÉRIS et MARTIN (G.). — Pathogénie et traitement des inflammations chroniques cellulaires et péritonéales de la cavité pelvienne. (*Leucémie gynéol.*, VIII, 1903, p. 145.)
- DONOVAN. — Posterior colpotomy. (*Med. J. Australia*, Sydney, 1924.)
- DRUECK (D. J.). — Colpotomy. Vaginal drainage of pelvic abscesses (Douglas abscess). (*M. Times et hong. Island, M. J.*, 59 : 245-247, July 1931.)
- DRUECK. — Colpotomy vaginal drainage of pelvic abscess. (*Intern. J. Med. et Surg.*, juillet 1930, p. 370.)
- DUNCAN (W.). — Pelvic inflammatoire in women. (*Lancet*, 1897, I, p. 7.)
- DURET. — Salpingites et suppurations pelviennes. (*J. D. sc. med. de Lille*, 1895, I, p. 385, 434-577, II, p. 1, 49, 97, 241, 385, 1896, I, p. 265, 313, 385.)
- DUVERGEY (J.). — Tuberculose pelvienne de la femme. (*J. med. franc.*, XII, 1923, p. 285.)
- FRIED (C.). — *Roentgenbehandlung entzündlichen Beckenerkrankungen Strahlentherapie*, XIX, 1925. p. 649.)
- GAVARD (F.). — De l'intervention chirurgicale dans les suppurations pelviennes de la femme. (*Thèse de Lyon*, 1900, in-8°.)
- GEORGIADES. SASSI. — Incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations pelviennes. (*Thèse de Paris*, 1898, in-8°.)
- GÉRIN. LAJOIE (L.). — Mode de drainage transcervical dans les infections suppurées du bassin ayant nécessité une hystérectomie supra-vaginal. (*L'union med. du Canada*, n° 3, mars 1930, t. LIX, p. 129.)
- GRAS (G.). — Des collections pelviennes suppurées ouvertes spontanément dans la vessie de la femme. (*Thèse de Paris*, 1905, in-8°.)
- GRIMAUD (L.). — Suppuration abdominale pelvienne au cours de la grossesse. (*Bull. soc. d'obst. t. gyn. de Paris*, XI, 1922, p. 511.)
- HAJEK. — Colpotomie ; résultats éloignés. (*Medizinische Klinik*, n° 40, 1^{er} octobre 1933.)
- HERMUSTEIN (A.). — Die vaginale Inzision von Entzündungsherden in weiblichen Becken. (*Deut. med. Woch. L.*, 1924, p. 1172.)

- HALLEY, WILLIAM (H.). — The treatment of pelvic inflammation in women. (*Color med.*, n° 6, june 1929, p. 179.)
- HOLLADAY. — The treatment of pelvic infection in women. (*Amer. J. obst. gyn.*, VI, 1923, p. 299.)
- HUNTEN (J. J.). — Die opératoire Behandlung; der gynäkologischen Beckenexsudate. (*Saargenuind*, 1891, in-8°.)
- ILL (E. J.). — The causes diagnosis and non surgical treatment of pelvic inflammation. (*Amer. gyn. obst. J.*, XVII, 1900, p. 213.)
- JENTNER (H.). — Zur differenziellen Diagnostik der Beckenexsudate und Becker tumoren. (*Zent. f. gyn.*, XLVIII, 1924, p. 970.)
- KEITLER (H.). — Opérative Behandlung der entzündlichen Beckenkrankungen. (*Wien. Klin. Woch.*, XXXVIII, 1925, p. 631.)
- KENNEDY (J. W.). — Vaginal hysterectomy and its indications. (*Amer. Journ. of obst. and gynec.*, avril 1927, n° 4, p. 506.)
- LAROYENNE. — Du traitement par la voie vaginale des collections pelviennes. (*Lyon, med.*, fév. 1886.)
- LAROYENNE. — De la périmérite chronique compliquée d'un épanchement latent de nature purulente résèque ou Lima-tique. (*Soc. des sc. med. de Lyon*, 1886.)
- LAROYENNE. — Disposition de certaines collections pelviennes réclamant leur débridement successif et au besoin l'ablation des annexes par la voie vaginale. (*Arch. de Tocologie et de gyn.*, 1894, p. 334)
- LAROGEMME. — Du traitement des suppurations pelviennes et les annexes. (*Report du II^e congrès intern. d'obst. et de syn.*, Genève, 1896, p. 163.)
- LACASA VAL (J.). — La colpôtomia. (*Siglo Med.*, 86, 522, 15 novembre 1930.)
- LA ROQUE (G. P.). — Pus in the pelvis of women. (*N. Y. med. J.*, CXVIII, 1923, p. 559.)
- LE DENTU. — Les suppurations pelviennes. (*Semaine gyn.*, 1895, p. 249.)
- LOLOFF (A. V.). — Étiologie diagnostic et traitement des suppurations pelviennes d'origine utéro-annexielle. (*Thèse de Montpellier*, 1902, in-8°.)
- LUCAS, CHAMPIONNIÈRE (J.-J.). — Les suppurations péri-utérines. (*Rev. gen. de cli. et thérapeutique*, XVI, 1902, p. 177.)
- MAGILL (W. H.). — Thermotherapy in the treatment of pelvic inflammation. (*Bost. med. surg. J.*, CXIV, 1926, p. 1031.)
- MAXWELL (A. F.). — Pelvic inflammatory disease. (*Surg. clin. hort. Amer.*, 3, 1923, p. 865.)
- MORELY. — *La colpôtomie postérieure*. (Paris, 1899.)
- MORLET. — Des indications de la colpôtomie dans les inflammations pelviennes. (*Thèse de Paris*, 1903, in-8°.)

- PÉAN. — Traitement des suppurations d'origine utérine qui ont pour siège l'utérus et ses annexes. (*Acad. de med.*, in-8°, ann. du 8 juillet 1890.)
- Du traitement des suppurations pelviennes. (*I. copie intern. de gynec. et d'obst.*, Bruxelles, 1892, sept.)
- Traitement des suppurations pelviennes. (*II^e Congrès intern. de gn. et d'obst.*, Genève, sept. 1896.)
- POZZI. — Péri-méthro-salpingite. (*Progrès méd.*, 1890, p. 43, 123, 163.)
- REIF. — Chronische Infektion des kleinen Beckens. (*Munch. med. Woch.*, LXX, 1923, p. 397.)
- RENOUX. — Contr. à l'étude de collections séreuses pelviennes. (*Thèse de Nancy*, 1897, in-8°.)
- RICHELOT (G.). — Sur le traitement méd. des infections pelviennes. (*Bull. ac. de med.*, 3, LXXXIX, 1923, p. 312.)
- RIPERT. — Contribution à l'étude des indications de la colpotomie et de ses résultats éloignés. (Jouve et C^{ie}, éditeurs, 15, rue Racine, Paris, 1925.)
- ROGER (J.). — Essai sur les indications opératoires dans le traitement des suppurations pelviennes. (*Thèse de Paris*, 1900, in-8°.)
- SCHRIMM (F.). — Neue Behandlung der chronischen Entzündungen in weiblichen Becken. (*Wien med. Woch.*, LXXV, 1925, p. 2296.)
- SCHWABERZ. — La colporrhéxie. (*La Semana Medica*, XXXIX, n° 34, 25 août 1932.)
- SECOND. — Les suppurations pelviennes. (*Am. de gynec. d'obst.*, XXXVIII, 1892, p. 241.)
- SIMON (H. E.). — Colpectomy. (*J. A. M. A.*, 101 : 1792-1795 ? 2 décembre 1933.)
- TOURNEUX (J. P.). — Du traitement des péritonites post-abortives par l'hystérectomie vaginale. (*Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse*, 14 mars 1923.)
- De l'hystérectomie vaginale dans les péritonites post-abortives graves. (*Rev. française et d'obst.*, n° 10, 25 mai 1923.)
- TOURNEUX. — De l'hystérectomie vaginale dans les péritonites post-abortives graves. (*Le Concours méd.*, 1924, p. 25.)
- WERNER, STIGLBAUER. — Operative Behandlung der Adnex-und Beckenentzündungen. (*Arch. f. gyn.*, CXIX, 1923, p. 228.)
- VALENTIN (A.). — Traitement de certaines collections pelviennes par la ponction et l'incision vaginales. (*Thèse de Paris*, 1893, in-8°.)
- VAN ENGELEN. — Suppurations pelviennes chez la femme. (Bruxelles, 1900, in-8°.)
- VANTRIN. — Les tuberculoses localisées pelviennes. (*Gynécologie*, XXIII, 1924, p. 5.)